



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**A Enfermeira Especialista em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediátrica ao encontro das
necessidades das crianças/jovens e famílias:
reflexões entre Portugal e Timor.**

Fabiola Francisca Martins Soares

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio – versão definitiva

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**A Enfermeira Especialista em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediátrica ao encontro das
necessidades das crianças/jovens e famílias:
reflexões entre Portugal e Timor.**

Fabiola Francisca Martins Soares

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio – versão definitiva

Setúbal, 2019

ABREVIATURAS /SIGLAS

APA-American Psychological Association

ACES-Agrupamento de Centros de Saúde.

CPCJ-Comissão de Proteção da Criança e Jovem.

CCF-Cuidados centrados na família.

DGS-Direção Geral de Saúde.

EEESIP-Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

ELI-Equipa Local de intervenção precoce na infância.

IAD-Instituto apoio da criança.

IPS-Instituto Politécnico de Setúbal.

NACIR-Núcleo de apoio à criança e jovem em risco.

OMS-Organização Mundial de Saúde.

PNV-Programa Nacional de Vacinação.

SIP-Saúde infantil e Pediatria.

UCC-Unidade Cuidados na Comunidade.

UCSP-Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado.

UUP-Unidade de Urgência de Pediatria.

RESUMO

O presente relatório pretende dar a conhecer as aprendizagens e atividades desenvolvidas durante o Curso de Mestrado, particularmente em contexto de estágio no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de mestre.

A realização deste relatório permitiu-nos refletir sobre o percurso de aprendizagem e atividades realizadas, nomeadamente na área temática do projeto, inscrito na linha de investigação “necessidades em cuidados de Enfermagem em populações específicas”, que neste caso foram as crianças/jovens e famílias ao longo dos contextos de estágio.

Desta forma, foram trabalhados temas diversos, como o desenvolvimento infantil, a enurese noturna, a higiene oral e a prevenção de doenças respiratórias, com intenção de desenvolver conhecimentos, aproveitar as oportunidades de aprendizagem e ressaltar a importância da maximização de saúde da criança, atendendo à finalidade de adequar toda a aprendizagem para ser aplicada em Timor-Leste.

Palavras-Chave: Crescimento e desenvolvimento infantil; infeção respiratória; enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

ABSTRACT

The purpose of this report is to present the learning and activities developed during the Master's Course, particularly in the context of internship in the scope of acquisition and development of competences of the Nursing Specialist in Child and Pediatric Health Nursing and of master.

The production of this report has enabled us to reflect on the journey of learning and activities, in particular in the thematic area of the project, inscribed in the line of research "needs nursing care in specific populations," which in this case were children / youth and families throughout the internship contexts.

In this way, several themes, such as child development, nocturnal enuresis, oral hygiene and the prevention of respiratory diseases, were developed with the intention of developing knowledge, taking advantage of learning opportunities and highlighting the importance of health maximization the purpose of adjusting all learning to be applied in Timor-Leste.

Keywords: Child growth and development; respiratory infection; child and pediatric health nursing.

INDICE

INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. Enfermagem culturalmente competente e teoria de Leininger	13
1.2. Os cuidados centrados na família e a atuação do enfermeiro especialista	17
1.3. A EEESIP como promotora do desenvolvimento infantil	18
1.4. A EEESIP como promotora de saúde oral	22
1.5. A EEESIP como recurso para a prevenção de doença respiratórias	22
2. PERCURSO DESENVOLVIDO NOS CONTEXTOS CLÍNICOS DE ESTÁGIO	24
2.1. Estágio I	26
2.1.1. Síntese reflexiva das aprendizagens	28
2.2. Estágio Final Modulo I	33
2.2.1. Síntese reflexiva das aprendizagens	35
2.3. Estágio Final Modulo II e III	42
2.3.1. Unidade de Internamento de Pediatria	44
2.3.2. Unidade de Urgência Pediátrica	46
2.3.3. Síntese reflexiva das aprendizagens	52
3. ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	
COMUNS E ESPECÍFICAS DO EEESIP E DE MESTRE	59
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
APÊNDICES	
APÊNDICE I - Tabela de avaliação do desenvolvimento infantil - criança 0-12 meses	77
APÊNDICE II- Planeamento da sessão de educação para a saúde sobre higiene oral	80

APÊNDICE III- Planeamento da sessão de educação para a saúde sobre prevenção enurese noturna criança escolar e folheto sobre enurese noturna	84
APÊNDICE IV- Resumo de artigo científico	86
APÊNDICE V- Planeamento da sessão de educação para a saúde sobre prevenção de infeção respiratória e tratamento e folheto sobre prevenção de infeção respiratória	87

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, curso em associação entre as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora; tem como título: A Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica ao encontro das necessidades das crianças/jovens e famílias: Reflexões entre Portugal e Timor.

Como enfermeira em Timor-Leste, todo o percurso foi pautado pela identificação e análise de diferenças culturais no âmbito dos cuidados prestados a crianças/jovens e famílias. Dada esta influência cultural, pareceu-nos adequado recorrer à Teoria Transcultural do Cuidado de Leininger.

O objetivo primordial do presente relatório é descrever o percurso experiencial e reflexivo, proporcionado pela interação com pessoas e realidades nos diferentes contextos de estágio, no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, na persecução do projeto e atendendo aos seguintes objetivos:

1. Refletir sobre o cuidar em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da criança de diferentes faixas etárias e nos três níveis de prevenção;
2. Descrever as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de Estágio I e Estágio Final;
3. Refletir de forma crítica acerca das aprendizagens desenvolvidas, com a finalidade de atingir as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem.

Enquanto exercício final deste percurso formativo, procuraremos ainda a mobilização de diversas temáticas, resultado da apropriação reflexiva de conteúdos das unidades curriculares do curso de mestrado já percorridas e que contribuíram para a contextualização do nosso processo global de aquisição de competências.

No desenvolvimento formativo como futura EEESIP foram realizados dois estágios (Estágio I e Estágio Final) em quatro contextos distintos, entre 14 de maio e 22 de junho de 2018 e de 17 de setembro de 2018 a 18 de janeiro de 2019. Os locais de estágio foram selecionados no sentido de proporcionarem oportunidades de aprendizagem diversificadas, enriquecedoras e potenciadoras do desenvolvimento de competências de EEESIP, tendo lugar na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados UCSP), nos cuidados na comunidade (Unidade de Cuidados na Comunidade - UCC), na unidade de Internamento de pediatria (UIP) e na unidade de urgência pediátrica (UUP). Os estágios foram acompanhados, nos contextos clínicos, por Enfermeiras Orientadoras, Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e orientados

cientificamente pela Professora Ana Lúcia Ramos. Durante toda a duração do estágio mencionado contámos com a colaboração de todos os enfermeiros e dos restantes profissionais. Foram igualmente todos estes profissionais, a quem agradecemos, que nos permitiram conhecer melhor o local de estágio, a sua população, identificando ao mesmo tempo a organização e funcionamento do serviço.

Ao longo do Estágio I e Estágio Final foram desenvolvidas várias atividades, inscritas na linha de investigação “necessidades em cuidados de Enfermagem em populações específicas”, pois desta forma foi possível aprofundar conhecimentos e realizar atividades em áreas diversas, de acordo com as reais necessidades dos contextos clínicos, da equipa de enfermagem, das famílias, das crianças e dos jovens.

Timor-leste ocupa uma área de aproximadamente 18.000 Km² na metade oriental da ilha de Timor, situada a norte da Austrália, no extremo do Sudeste Asiático. Fazem parte do território o enclave de Oecússi, situado na parte ocidental da ilha, a ilha de Ataúro, situada a 30 Km a norte de Díli e a ilha de Jaco. A expectativa de vida da população de Timor-Leste é de 68,53 anos, a taxa de mortalidade neonatal é de 23,8/1000 nascimentos, a taxa de mortalidade infantil é de 46,2/1000 nascimentos e a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos é de 54,6/1000 nascimentos, pelo que o Governador de Timor Leste pretende aumentar o orçamento do Ministério de Saúde para melhorar os indicadores referidos (WHO,2017).

No Programa do V Governo Constitucional de Timor-Leste percebe-se a importância de serem melhoradas as políticas de saúde infantojuvenil: “No sentido de reduzir a taxa de mortalidade infantil no nosso país, iremos melhorar, expandir e manter a qualidade e a cobertura de serviços preventivos e curativos a recém-nascidos, bebés e crianças a fim de reduzir a mortalidade de crianças com menos de cinco anos de idade. Continuaremos com programas para procurar o máximo de vacinação de crianças contra a poliomielite, sarampo, tuberculose, difteria e hepatite B” (Programa do V Governo Constitucional, Legislaturas 2012-2017).

De facto, os cuidados de saúde à criança são muito diferentes entre os dois países, Portugal e Timor-Leste, verificando-se que em Portugal existe uma política de saúde infantil e juvenil estruturada, organizada em diferentes níveis de cuidados, integrando diferentes atores na promoção da saúde, na prevenção da doença e recuperação/ reabilitação, o que possibilita uma oferta de cuidados abrangente. Por outro lado, Timor-Leste tem uma população de 1,16 milhões de pessoas e a população que mora na área periférica aos centros urbanos é de aproximadamente 2.000 famílias, a quem é dificultado o acesso à saúde, devido à distância e difícil acesso por transportes públicos ao centro de saúde.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a que compreende o período do desenvolvimento e nascimento até aos 17 anos e 364 dias, podendo ser alargado em caso especiais, como a doença crónica, a incapacidade e deficiência (OE, 2018).

As crianças são seres em desenvolvimento e necessitam de cuidados adequados a cada etapa de desenvolvimento, como tal carecem de cuidados especializados. Por isso, a formação é de primordial importância, bem como a articulação entre os conhecimentos teóricos e os cuidados prestados em contexto clínico, pois a teoria suporta a prática, daí que a oportunidade de realizar o estágio foi uma mais valia na integração de saberes adquiridos, reforço e aprofundamento das competências na área da saúde infantil e pediatria, de forma a encarar de frente múltiplos desafios tendo em vista uma melhoria efetiva da realidade em Timor-Leste.

Atendendo a esta oportunidade de formação, procurámos nos diferentes estágios aprofundar conhecimentos e competências face a problemáticas distintas, designadamente, a avaliação do desenvolvimento infantil, a promoção da higiene oral nas escolas e a prevenção de doenças respiratórias nas crianças.

No Estágio I foi trabalhada a temática relacionada com o crescimento e desenvolvimento infantil. O facto de, em Portugal, a estrutura das consultas de saúde infantil e juvenil focarem, essencialmente, o crescimento e o desenvolvimento infantil, nomeadamente com recurso à escala de avaliação de desenvolvimento Mary Sheridan, proporcionou-nos um novo olhar acerca desta área, diferentemente do que ocorre em Timor-Leste, onde os cuidados são centrados na patologia, deixando para segundo plano toda a individualidade e especificidade de cada criança, nas distintas etapas da sua vida.

O desenvolvimento infantil, a sua promoção e vigilância pelo enfermeiro especialista nos diferentes ambientes de cuidados e o desenvolvimento de competências na sua avaliação, constituem uma primeira dimensão deste relatório em resposta ao autodiagnóstico realizado sobre as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O novo Programa de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) constituiu um instrumento orientador essencial para a nossa prestação/evolução na Consulta de Vigilância Saúde Infantil e Juvenil, relevando especialmente a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan, integrada atualmente na parametrização informática nos serviços de intervenção no local de estágio. Não menos relevante constituiu o enfoque em aspetos fundamentais como o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais/comportamento e a proteção de crianças e jovens em risco.

Para além do desenvolvimento infantil, durante o Estágio Final, foram aprofundados conhecimentos e desenvolvidas atividades relacionadas com a promoção da saúde oral nas crianças em idade escolar, enurese noturna e prevenção de dificuldade respiratória, resultantes da necessidade expressa pelos enfermeiros dos contextos clínicos, para além do interesse especial manifestado em torno destes temas.

Para a elaboração deste relatório a metodologia utilizada será descritiva da realidade de aprendizagem com observação direta, associada numa primeira fase a um diagnóstico de situação, pesquisa bibliográfica e com recurso a entrevistas com os vários intervenientes encontrados nos diferentes locais de estágio, procedeu-se posteriormente a uma análise pessoal e reflexiva, permitindo que os conhecimentos adquiridos fossem sendo incorporados nas experiências vivenciadas e permitindo a aquisição de competências na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Este relatório, prova de um trabalho de reflexão pessoal, visa permitir uma maior amplitude de análise acerca da atuação do enfermeiro especialista, através do recurso aos conteúdos teóricos lecionados que constituíram o fio condutor necessário na descrição reflexiva do percurso profissional durante a realização do estágio, mas também da atividade desenvolvida que decorreu nos diferentes locais de estágio.

O presente relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos, que se interrelacionam. Após a introdução, onde o relatório é contextualizado, bem como a problemática em estudo e os objetivos são definidos, surge o enquadramento teórico que ancora o percurso desenvolvido. O segundo capítulo descreve as atividades desenvolvidas durante os contextos clínicos, atendendo aos objetivos propostos. No terceiro capítulo, são analisadas de forma reflexiva as competências comuns e específicas do EEESIP, bem como as de mestre, acrescentando a reflexão crítica de modo a promover o espírito reflexivo inerente ao enfermeiro especialista. Terminamos o relatório com as conclusões sobre o caminho percorrido durante o curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e indicando potenciais caminhos de desenvolvimento futuro.

Considerando que um relatório de estágio é uma das bases de análise para a atribuição de uma menção avaliativa e resultando a mesma de uma apreciação contínua da atuação do enfermeiro, constarão opiniões pessoais do seu autor. Desejamos através deste relatório apresentar de uma forma verdadeira o trabalho que efetivamente foi realizado, embora tenhamos presente que nem sempre é possível através de um documento com estas características transcrever na perfeição todo o trabalho realizado, bem como a forma científica e os saberes nele aplicados. Apesar disto, esperamos referenciar aspetos que por si demonstrem todo o empenho, disponibilidade, eficácia e responsabilidade com que

sempre temos pautado a nossa vida profissional. Procuraremos também, através de uma linguagem clara e sucinta, permitir ao leitor uma leitura clara e significativa para responder às necessidades da criança e família.

Este relatório foi realizado de acordo com o documento orientador relativamente à estrutura do mesmo. Seguiram-se as diretrizes do novo acordo ortográfico e a Norma de Referência no estilo APA, 6º Edição para a redação do documento.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, centros de saúde, escolas e comunidade), para promover o mais elevado estado de saúde e proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza potenciais recursos de suporte à família/pessoa significativa (Leal, 2006).

A definição da área problemática surgiu de uma necessidade sentida ao longo dos estágios nos contextos clínicos, mais especificamente na interação com a criança/família de diferentes culturas, sobretudo pela barreira linguística, mas também pela diferente organização dos cuidados de saúde a que estávamos habituados.

Tendo em conta esta problemática, recorremos à utilização da Teoria Transcultural do Cuidado e, mais especificamente, à Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger, em que está subjacente que o cuidar deve ser dotado de sensibilidade cultural, constituindo-se este momento como uma oportunidade de conhecer outras culturas e permitir-nos encontrar outras experiências de cuidados de saúde à criança e família, procurando encontrar o “mundo comum”, como refere Lopes (2009, p.105).

1.1. Enfermagem culturalmente competente e teoria de Leininger

O cuidar perspectiva-se como “fornecer apoio, conforto, segurança e ajuda ao utente, é transcultural, apela para a valorização das crenças que influenciam a forma como manifestam as suas necessidades de cuidados (Sagar, 2012)”. A Enfermagem transcultural é definida como “um ramo da enfermagem teórico e prático centrado numa análise comparativa das diferentes culturas e subculturas no Mundo, relativos aos cuidados à saúde/doença e valores e práticas no Mundo com a finalidade de usar estes conhecimentos de modo a prestar cuidados de enfermagem significativos e eficazes às pessoas, de acordo com os seus valores culturais no contexto de saúde-doença” (Sagar, 2012).

O propósito de Leininger “consiste em que os enfermeiros possam adquirir competências culturais seguras, e cuidados congruentes a pessoas com diferentes culturas mundiais” (Sagar, 2012). Assim, através do conceito de Enfermagem Transcultural, o enfermeiro. deve estar preparado para comparar “(...) valores, crenças e usos e costumes de indivíduos ou grupos, de culturas similares ou diferentes, com o objetivo de promover práticas de cuidar de enfermagem culturalmente específicas e

universais e que assim sejam promotoras de saúde ou bem-estar, ou ajudem as pessoas a fazer face a condições humanas desfavoráveis, doença ou morte” (Sagar, 2012).

Algumas culturas não se centram apenas na pessoa, sendo este conceito utilizado para considerar não só o indivíduo, mas também as famílias, grupos, culturas, instituições e comunidades (Sagar, 2012).

O cuidar infantil pode ter muitas variantes culturais, com barreiras relacionadas com as crenças e os costumes, transmitidos pela família, e que podem dificultar o desenrolar do processo de cuidados e a comunicação entre a equipa de saúde e os pais. Assim, é necessário que os enfermeiros desenvolvam a sua competência cultural, que é um processo lento e que exige do enfermeiro a mudança do seu modo de pensar e de atuar, tomando consciência desta diversidade cultural e da necessária adaptação dos seus cuidados à mesma.

Os enfermeiros devem ser culturalmente competentes, porque a assistência que não é culturalmente competente pode posteriormente aumentar o custo da assistência de saúde e diminuir as hipóteses de resultados positivos, para além de outras repercussões a nível dos cuidados e do dever pelo respeito cultural exigido aos enfermeiros. Leininger defende que para que se desenvolva a competência cultural é necessário que o enfermeiro tenha sensibilidade cultural, isto é, que os enfermeiros conheçam e respeitem as crenças e costumes de pessoas de outras culturas.

No âmbito dos cuidados de ESIP, a cultura da família afeta a forma como ela procura os cuidados de saúde e cumpre as recomendações dos profissionais de cuidados de saúde, afetando, assim, a atuação face à Saúde. Também é verdade que é impossível conhecer os modos de vida e as práticas de cuidados de todas as culturas e grupos étnicos que se podem encontrar, mas é possível planear as intervenções de enfermagem em conjunto com os clientes, de acordo com as diferenças culturais (Sagar, 2012).

O cuidar exige do enfermeiro todo um conjunto de ações como o ser cuidado, a promoção de interação, a relação empática, o envolvimento de responsabilidade e não apenas o centrar-se no procedimento técnico. O cuidar de outro ser humano exige prestação técnica, compreensão, aceitação e uma postura que permita reconhecer o outro como ser biopsicossocial e não apenas um corpo biológico. Desta forma, ao cuidador pertence prestar um cuidado único, individualizado, humano, solidário, pois o utente é uma pessoa que possui o direito de ter uma assistência digna, justa, ética e, acima de tudo, devendo ser cuidado como uma totalidade (OE, 2010, p 4).

No presente capítulo pretende-se focar alguns aspetos conceptuais que foram orientadores do percurso desenvolvido durante os estágios, como foi o caso da enfermagem culturalmente competente abordada pela teórica de Enfermagem Madeleine Leininger, a parceria de cuidados, sem deixar de evidenciar a importância dos cuidados centrados na família e existência de uma relação terapêutica

eficaz, assim como os conceitos de Promoção da Saúde e informação relevante para o conhecimento da Cultura Portuguesa.

De acordo com o Regulamento n.º 422/2018, o EEESIP utiliza um modelo conceptual centrado na criança e na família. Esta área de especialização intervém em torno do período que medeia o nascimento e os 18 anos de idade, sendo que em casos especiais, como a existência de doença crónica, a idade possa ser alargada. Assim, o EEESIP trabalha em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, de modo a promover o mais elevado estado de saúde possível, na prestação de cuidados à criança/jovem saudável ou doente, proporcionando educação para a saúde.

Em 1988, Anne Casey desenvolveu a partir do modelo de cuidados centrados na família um modelo de cuidados pediátricos, o “Modelo da Parceria de Cuidados”, em que realça a importância fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada (Casey, 1993). A autora destaca no seu modelo um princípio fundamental, reconhecer que os pais são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos. À medida que os pais aprendem sobre as necessidades de cuidados de saúde da criança, tornam-se especialistas nesses cuidados. O modelo de parceria de Anne Casey emerge numa altura em que se defende uma mudança na filosofia de cuidados de saúde, na evolução dos cuidados centrados na doença e nos aspetos biológicos para uma abordagem holística do ser humano. Evolui-se também no sentido de acreditar que as pessoas devem ser responsáveis por zelar pela sua saúde e pelos seus cuidados de saúde (quando isso é possível). A intervenção de enfermagem às populações tende assim a modificar-se, deixa de estar centrada na prestação de cuidados diretos (físicos), para outras formas de cuidados que promovam a sua autonomia.

Um dos objetivos da enfermagem pediátrica é criar as condições para que cada vez mais a criança e a família satisfaçam as suas necessidades em cuidados de saúde, com a intervenção mínima dos enfermeiros.

O Modelo de Parceria nos Cuidados engloba cinco conceitos principais (Casey, 1993):

1) **Criança:** Casey afirma que desde o nascimento a criança encontra-se dependente de outras pessoas para a satisfação das suas necessidades. A maioria dessas necessidades é satisfeita em aliança com os pais ou outros familiares. A criança, à medida que cresce, desenvolve capacidades e adquire conhecimentos que a tornam capaz de dar resposta às suas próprias necessidades. Este percurso permite-lhe, gradualmente, tornar-se menos dependente dos seus prestadores de cuidados até atingir a independência total. Esta etapa termina com a capacidade de autocuidar-se, o que vai acontecer quando atingir a maturidade (Casey, 1993; Farrel, 1994).

2) **Saúde:** É definida por Casey como o estado ótimo de bem-estar físico e mental que deveria estar

presente a todo o tempo, permitindo que a criança atinja o seu máximo potencial. Defende, ainda, que a existência de qualquer alteração não identificada, ou não corrigida, pode comprometer o crescimento e desenvolvimento físico, psicológico, intelectual, social e espiritual da criança (Casey, 1993; Farrel, 1994).

3) Ambiente: O desenvolvimento de uma criança pode ser afetado por inúmeros estímulos que têm origem no ambiente que a rodeia. Casey considera que os estímulos externos, isto é, fora do que é próprio à criança, surgem em consequência do ambiente a que esta está sujeita. Assim, estes estímulos devem ser imbuídos de amor e cuidados para que a criança se possa sentir segura e confiante, para desenvolver a sua independência (Casey, 1993; Farrel, 1994).

4) Família: Este conceito, no modelo de Casey, é definido como uma unidade de indivíduos com maior responsabilidade pela prestação de cuidados à criança e que exerce uma influência forte no seu crescimento e desenvolvimento. Embora os pais detenham a maior responsabilidade pela prestação de cuidados, o modelo não exclui o envolvimento e influência de outros. Os cuidados prestados pelos pais ou outros familiares são denominados cuidados familiares e incluem todos os cuidados prestados para satisfazer as necessidades quotidianas da criança (Casey, 1993; Farrel, 1994).

5) Enfermeiro: Casey determina que o papel do enfermeiro pediátrico contém uma série de responsabilidades que o mesmo terá de assumir, de forma eficiente, enquanto profissional de cuidados de saúde. O enfermeiro pediátrico é responsável pelas atividades de cuidados de enfermagem/familiares, desde o ensino, orientação e apoio em técnicas até à transmissão de conhecimentos aos membros da família e encaminhamento para outros profissionais (Casey, 1993).

O Modelo de Parceria de Cuidados identifica os cuidados prestados pelos enfermeiros como “cuidados de enfermagem” e advoga que estes só devem ser desempenhados pelos enfermeiros quando se justifica, ou seja, quando os familiares não tiverem as capacidades ou os conhecimentos necessários para garantir bons cuidados de saúde. Embora Casey (1993) faça uma distinção entre “cuidados familiares” e “cuidados de enfermagem”, não defende fronteiras fixas entre eles; na verdade, recomenda uma abordagem de cuidados flexível, de forma que haja ocasiões em que a enfermeira desempenhe atividades de cuidados familiares e, de igual modo, os pais possam ser capazes de tomar a seu cargo algumas atividades de cuidados de enfermagem, desde que tenham recebido formação adequada e supervisionada pelos profissionais. “O modelo de parceria” tem como objetivo estabelecer relações de igualdade entre os profissionais e os pais, integrando obviamente as responsabilidades e competências de cada um.

1.2. Os Cuidados Centrados na Família e a atuação do enfermeiro especialista

A missão da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é a melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados às crianças e às suas famílias e as filosofias de cuidados subjacentes englobam características da enfermagem contemporânea. Quer isto dizer que é dada atenção às experiências humanas em relação à saúde e à doença, sem uma orientação direcionada ao problema. O conhecimento científico é integrado na evidência e na compreensão que a pessoa tem da situação e esse conhecimento, aplicado ao processo de enfermagem, possibilita a prestação de cuidados com base num “relacionamento da intervenção de risco em saúde” com os objetivos de saúde.

Os cuidados centrados na Família constituem uma filosofia presente nos cuidados pediátricos, pressupondo a família como uma constante na vida da criança. A diversidade familiar quanto à composição, estrutura, objetivos e sonhos, recursos e estratégias deve ser objeto de análise e a identificação das necessidades de saúde deve ter em conta cada elemento separadamente. Apesar de se considerar a criança/família como uma unidade, cada membro desempenha o seu papel e pode influenciar diretamente a saúde e os cuidados à criança, independentemente dos contextos. Torna-se, assim, relevante o apoio e o respeito pelos limites e forças da família (*Ibid*, 2014), bem como a “capacidade de fomentar a aliança parental, através de uma intervenção flexível e de partilha, bidirecional, sabendo ouvir e atribuir importância aos seus conhecimentos e experiência” (OE, 2010c, p.72). A definição de estratégias no processo de saúde das famílias passa por **capacitá-las** e **‘empoderá-las’**, dois conceitos-chave. Importa reconhecer as necessidades, os limites e as potencialidades de cada membro da família, promovendo as suas competências, quer já adquiridas ou em desenvolvimento, em simultâneo com o controlo da sua vida e da sua saúde (Hockenberry & Wilson, 2014).

O *Institute for Patient and Family Centered Care* defende quatro conceitos fundamentais nos Cuidados Centrados na Família: **Dignidade e Respeito**, **Partilha de Informação**, **Participação** e, por último, **Colaboração**. A **Dignidade** e o **Respeito** implicam a compreensão da família relativamente às suas perceções e escolhas, devendo incluir no plano de cuidados os conhecimentos, valores, crenças e cultura. A **Partilha de Informação** deve ter em conta critérios como a totalidade, a clareza, a objetividade e a pertinência para permitir à família tomar decisões e participar efetivamente nos cuidados. A **Participação** implica o encorajamento e o suporte na ação, *per si*, e a **Colaboração** preconiza que a família e os profissionais de saúde, em parceria, participem em políticas e programas de saúde, na investigação e nos cuidados de saúde.

Os Cuidados Não Traumáticos (CNT) constituem outro modelo presente na Enfermagem Pediátrica e assentam no princípio de que os cuidados terapêuticos, prestados por profissionais de saúde, devem minimizar ou mesmo eliminar o desconforto físico e/ou psicológico sentido pela criança, prevenir ou minimizar a dor ou eventuais lesões resultantes, por exemplo, de procedimentos invasivos e proporcionar a sensação de controlo da criança na situação (Hockenberry & Wilson, 2014), independentemente do local onde os cuidados são prestados. Para além do óbvio relativamente à dor e desconforto, os cuidados não traumáticos também priorizam a família nos cuidados e junto à criança, considerando como pressuposto prevenir ou minimizar a separação entre a criança e a sua família.

1.3. A EEESIP como promotora do desenvolvimento infantil

A infância é uma etapa profundamente desafiante sob todas as dimensões do crescimento e desenvolvimento, pelo que entender o seu processo na totalidade é um desafio ainda maior. As questões relacionadas com o desenvolvimento nem sempre foram pertinentes, altura houve em que a criança era considerada mais pequena e fraca, menos capaz e inteligente, e por isso menos prezada. Atualmente a criança é um bem maior, uma esperança da sociedade e considera-se essencial a sua proteção e a promoção de oportunidades a disponibilizar-lhe.

A OE refere-se ao desenvolvimento como sendo o “aperfeiçoamento e a especialização de determinadas funções, com aquisição progressiva de certas competências cada vez mais complexas em várias áreas funcionais” (OE, 2018). Contudo, o estudo do desenvolvimento da criança implica um olhar científico sobre o modo como a criança muda, no decorrer do tempo, sendo que essa mudança é sistemática e adaptativa, dentro da multidimensionalidade da criança e de tudo o que a rodeia.

O modo como cresce e se desenvolve é influenciado por fatores que são, de certo modo, abraçados por todas as teorias, como, por exemplo, a hereditariedade biológica, a maturação física e o ambiente externo de um modo lato. Mais especificamente, a família e as suas características (composição, papéis desempenhados e convicções), nível socioeconómico (rendimentos, educação e profissão), etnia e cultura (sentimento de identidade partilhada e modos de vida de um grupo). De referir que nenhum destes fatores (apenas a hereditariedade biológica é definitiva, mas em grande parte desconhecida) é estático, mas, provavelmente, sofre alterações no decorrer da infância da criança. Não obstante estes fatores serem globalmente aceites, outras questões são motivo de debate.

Nos dias de hoje são reconhecidos os contributos das diversas teorias para uma compreensão profunda acerca do desenvolvimento, uma vez que isoladamente nenhuma apresentou uma possibilidade de compreensão total. Todavia, é inevitável referir as teorias clássicas para o estudo do

desenvolvimento, de um modo sucinto e sem fazer referência às suas limitações, mas antes aos contributos de cada uma delas. Todas as teorias estão integradas numa determinada perspetiva: psicanalítica, da aprendizagem, cognitiva, etológica e contextual.

A perspetiva psicanalítica defende que o comportamento humano é motivado por forças inconscientes, emoções e instintos e, nesta perspetiva, incluem-se por exemplo, Sigmund Freud e a **Teoria Psicossexual** e Erik Erickson e a **Teoria Psicossocial**. A perspetiva da aprendizagem enfoca o comportamento que se observa e nela pode incluir-se a **Teoria da Aprendizagem Social** de Albert Bandura, que defende que se aprende por observação e imitação. Sob a perspetiva cognitiva, valorizam-se os processos do pensamento, sendo Jean Piaget e a **Teoria Cognitiva dos Estádios de Piaget** um exemplo. A perspetiva etológica nasce da crença de que os comportamentos inatos e específicos do ser humano evoluíram no tempo para melhorar as hipóteses de sobrevivência (Papalia et al, 2001). Dois dos seus defensores são Bowlby e Mary Ainsworth com a **Teoria da Vinculação** (Hockenberry & Wilson, 2014).

O modelo de Brazelton oferece estratégias para fomentar a relação de confiança, de diálogo e de negociação entre os profissionais e os pais. As indicações antecipatórias são “um debate partilhado em que os pais sentem e reagem a novos desafios” (Brazelton 2006, p.125), capacitando-se para sentirem os comportamentos disruptivos dos seus filhos com positividade, ao invés de questionarem o seu papel de pais e educadores. A família adquire então a capacidade de se reorganizar (Brazelton, 2006). A adaptação das experiências às necessidades de cada criança contribui para que tenha mais capacidade de corresponder às expectativas da família e da sociedade (Brazelton, 2006). Inicialmente desenhado para os Cuidados de Saúde Primários, neste modelo o pediatra destaca a importância dos profissionais especializados em saúde infantil como fonte de apoio e conselho. A oportunidade criada pelas crises de desenvolvimento e a necessidade da família desempenhar o seu ‘melhor’ papel na transição desses momentos pode significar que o EE se torne o elemento de referência na promoção da parentalidade para o desenvolvimento infantil.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018) determina que o Enfermeiro Especialista (EE) deve ser detentor de conhecimentos e competências específicas, em determinada área de intervenção, fazendo notar a sua atuação através de julgamento clínico e tomada de decisão profundamente ajustados à individualidade da pessoa (OE, 2018). Certifica-se assim que o EE é capaz de identificar as necessidades de saúde da pessoa e de atuar em qualquer contexto de vida e em qualquer nível de prevenção, implicando não só a prestação direta de cuidados, mas também a gestão, a liderança e a investigação.

Ao nível das competências específicas do EEESIP é desejável uma prestação de cuidados de nível avançado, segura e adequada e que rume ao encontro da satisfação das crianças e das suas famílias.

Uma das áreas de atuação privilegiadas é a **avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil**, tendo na família um parceiro de cuidados como forma de maximizar o potencial de cada criança, gerir o bem-estar e detetar precocemente as alterações negativas (OE, 2018). A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que o futuro da sociedade global depende das crianças, na sua capacidade de atingir o potencial ótimo de crescimento e desenvolvimento. Coerentemente, uma das prioridades de saúde no mundo é a promoção das competências físicas e motoras, cognitivas, emocionais, linguísticas e sociais das crianças.

O desenvolvimento infantil refere-se à aquisição de competências e capacidades que acontece ao longo da vida da criança. É dinâmico, ou seja, os fatores genéticos, ambientais, constitucionais, da personalidade e do temperamento interagem de uma forma interdependente, modificando-se em função da influência mútua existente entre eles, isto é, a criança influencia o seu ambiente e, por sua vez, é influenciada pelas mudanças do/no ambiente (Hockenberry & Wilson, 2014).

Por outro lado, a velocidade única de crescimento e desenvolvimento imprime na criança e no jovem uma necessidade constante de adaptação e a promoção das suas competências deve ser flexível e ajustável aos processos de transição.

Os enfermeiros reconhecem a díade como um parceiro importante no processo de cuidados. Aceitar as especificidades caraterizadoras da criança e da família, investigar as suas limitações, enaltecer as potencialidades são alguns dos alicerces da prestação de cuidados. Os Cuidados Centrados na Família (CCF) revelam também esta parceria e reciprocidade entre os profissionais de saúde, a criança e a família.

A OE (2013) reconhece o papel decisivo da família no processo de cuidados. Pressupõe que parte da responsabilidade de “ser pai ou mãe” passa por ter uma participação ativa e comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento do seu filho. Halfon *et al* (2004) demonstraram que os pais com maior perceção da avaliação do desenvolvimento da criança reportam maior satisfação quer nos cuidados de saúde, quer na relação interpessoal com os profissionais. A satisfação do cliente e a valorização da relação interpessoal entre cliente-enfermeiro são importantes indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem e da relevância da profissão.

Para que o processo de desenvolvimento aconteça de uma forma saudável é essencial um estado de saúde adequado, um bom aporte nutricional, e boas condições de vida nos primeiros anos de vida,

pelo que uma adequada e frequente avaliação do crescimento e desenvolvimento são de extrema importância. (OMS, 2016).

O desenvolvimento infantil consiste no processo que vai desde a concepção, envolvendo várias vertentes, desde o crescimento físico, passando pela maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança. Tem como produto tornar a criança competente para responder às suas necessidades e às do meio, considerando o seu contexto de vida (Hockenberry & Wilson, 2014).

Hockenberry & Wilson (2014) refere que os 3 principais domínios do desenvolvimento, que estão interrelacionados e se afetam entre si, são:

Desenvolvimento físico - Crescimento do corpo e do cérebro, capacidades sensoriais, habilidades motoras e a saúde.

Desenvolvimento cognitivo- Mudança e estabilidade em capacidades mentais como a aprendizagem, atenção, memória, linguagem, o pensamento, raciocínio e criatividade. Avanços e declínios cognitivos estão relacionados com fatores físicos, emocionais e sociais.

Desenvolvimento psicossocial- Mudança e estabilidade nas emoções, na personalidade e nos relacionamentos sociais. Pode afetar o funcionamento cognitivo e físico.

De acordo com um estudo realizado, que consistiu em detetar como e porque razões o organismo humano cresce e muda durante a vida, procurando por um lado, compreender as mudanças que parecem ser universais – mudanças que ocorrem em todas as crianças, não importando a cultura em que cresçam ou as experiências que tenham e, por outro lado, explicar as diferenças individuais e compreender como o comportamento das crianças é influenciado pelo contexto ou situação ambiental, concluiu-se que os padrões universais, diferenças individuais e influências contextuais, são necessários para se entender claramente o desenvolvimento da criança. O futuro de uma criança começa a ser definido desde a sua fecundação pela herança genética legada pelos pais, mas também pelos cuidados e estímulos que vai receber durante o seu processo de desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2014).

Caracterizada pela velocidade única de crescimento e desenvolvimento e pela vulnerabilidade, a infância é uma fase do ciclo de vida determinante para o futuro.

Para avaliar o desenvolvimento da criança utilizámos a Escala de avaliação de Desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan Modificada, constituída por quatro áreas/dimensões do desenvolvimento que avaliam as competências da criança nas idades-chave definidas para a consulta de Saúde Infantil e Juvenil: **Postura e Motricidade Global, Visão e Motricidade Fina, Audição e Linguagem e Comportamento e Adaptação Social.**

A OMS defende que se deve garantir o desenvolvimento das crianças em todas as dimensões, o que deve ser encarado como uma prioridade em qualquer sociedade. Reconhecer o potencial das crianças e promover as suas capacidades nas várias dimensões contribui para a construção de um futuro promissor na sociedade global.

1.4. A EEESIP como promotora da saúde oral.

Ser enfermeira especialista contribui para melhorar os conhecimentos e comportamentos sobre saúde e incentiva à adoção de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis. Uma área possível de atuação é a da higiene oral que, ao ser realizada de forma adequada, protege a criança e previne doenças e outros problemas de saúde.

As doenças orais estão entre as doenças não transmissíveis mais comuns e podem afetar as pessoas ao longo da sua vida, causando dor, desfiguração e até mesmo a morte. A OMS publicou dados que mostram que 80% da população tem um estatuto socioeconómico baixo, estas doenças afetam a saúde e o bem-estar de milhões de pessoas. Além disso, têm um impacto económico negativo na população (OMS, 2016).

Todas as doenças orais têm uma origem multifatorial e partilham fatores de risco modificáveis. Esses fatores de risco incluem, habitualmente, o consumo excessivo de bebidas com açúcar, a alimentação pouco saudável, com elevado teor de açúcar, situações que estão a aumentar em Portugal e no Mundo, pelo que se torna essencial abordar estes fatores de risco de forma integrada, numa estratégia baseada nos cuidados de saúde primários, para os controlar e prevenir e assim melhorar a saúde oral das crianças. Uma boa saúde oral é uma das condições essenciais para se viver bem. A saúde oral é fundamental para a capacidade de respirar, comer, engolir, falar e mesmo sorrir. O comprometimento destas funções pode interferir seriamente com a capacidade de interagir com os outros e/ou frequentar a escola, o que interfere na qualidade de vida e no bem-estar das pessoas.

1.5. A EEESIP como recurso para a prevenção de doenças respiratórias.

Ao longo da vida, a criança e família têm necessidade de cuidados de enfermagem, quer a nível da promoção de saúde quer em situação de doença aguda ou crónica. As doenças respiratórias constituem um grave problema de saúde pública mundial, sendo responsáveis pela morte de crianças que poderiam ser evitadas por meio de simples medidas de prevenção (DGS, 2018).

Doenças respiratórias são todas as doenças relacionadas com o sistema respiratório humano, como pulmão, traqueia, nariz, garganta, faringe e laringe. O sistema respiratório é um dos aparelhos mais sensíveis do corpo humano e as doenças respiratórias aparecem nas principais causas de morte no mundo, pois através da respiração estamos em contacto direto com todo o tipo de microrganismos, alguns causadores de diversas doenças graves, mas também causadores de doenças menos graves, como uma simples gripe ou resfriado (DGS, 2018).

Algumas doenças respiratórias como rinite, asma, bronquiolite e alergia são comuns e são causadas por agentes aeroalergenicos, como poeiras, fumo de cigarro, cheiro de perfumes, produtos de limpeza, pelos de animais, pólen de plantas, entre outros. A doença respiratória crónica tem um impacto físico, psicossocial e financeiro no doente, família e sociedade. A nível mundial está a assistir-se a um aumento da incidência destas patologias, sobretudo nas crianças e nos idosos. No cuidado à criança/família com doença respiratória crónica, o enfermeiro tem uma função importante a nível da promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da criança e família (OMS, 2007).

2. PERCURSO DESENVOLVIDO NOS CONTEXTOS CLÍNICOS DE ESTÁGIO

O desempenho do enfermeiro especialista requer um sólido conhecimento teórico e uma proficiente utilização clínica desse conhecimento. A sua existência favorece o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e facilita a investigação de novas dimensões do cuidar. Neste capítulo, descreve-se o conjunto de atividades realizadas, que tornaram possível atingir os objetivos propostos, quer no âmbito da aprendizagem clínica, quer no âmbito do projeto desenvolvido durante o estágio.

Para dar início à enumeração e descrição das atividades, far-se-á alusão a cada objetivo, fazendo assim, para cada um deles, convergir a respetiva avaliação, na medida em que o mesmo foi cumprido. O aprofundamento do conhecimento e a aquisição de competências num domínio específico de enfermagem resulta da profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está mais exposta, do amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas, das intervenções de elevado nível de adequação às necessidades do indivíduo potenciando os ganhos em saúde.

Este relatório é sequencial e diretamente relacionado com cada um dos referidos objetivos no Projeto desenvolvido no estágio. Procuraremos relatar cronologicamente as atividades desenvolvidas na concretização de cada objetivo. Deste modo, descrevemos para cada um as atividades desempenhadas e a forma como as mesmas nos permitiram alcançar os respetivos propósitos. Procuraremos deter-nos um pouco em reflexão mais precisa, em determinados momentos. Temos a convicção de que um relatório de estágio deve representar acima de tudo a experiência real de quem o vivenciou e ser um autêntico trabalho de reflexões. Procuraremos, assim, partilhar as experiências pessoais e coletivas resultantes da natural complementaridade das várias atividades desenvolvidas. Ao longo dos estágios fomos recorrendo à metodologia de projeto. Projeto é um trabalho a ser executado, com um objetivo final bem definido. Refere-se normalmente a um conjunto de atividades relacionadas umas com as outras, envolvendo um grupo de pessoas e estruturas que trabalham em conjunto alguma coisa comum a ser realizada uma única vez, durante um determinado período (Duffy, 2006).

A metodologia do projeto tem como base a técnica da resolução de problemas, partindo da recolha e análise da informação relevante, da identificação dos problemas reais e potenciais dos indivíduos que possam ser resolvidos por meio de intervenção (Ferrito, Nunes, Ruivo, 2010).

As fases da metodologia de projeto são **diagnósticas de situação e definição de objetivos; planeamento; execução; avaliação e divulgação** (Ferrito, Nunes, Ruivo, 2010).

A primeira etapa da metodologia de projeto, o diagnóstico **de situação**, visa a elaboração da descrição da situação-problema identificada da realidade sobre a qual se pretende intervir e criar

mudanças. O levantamento da área temática deverá ser abrangente e nos contextos o pretendido será desenvolver o projeto relacionado com a área temática, identificando as necessidades de mudança do contexto real (Ferrito, Nunes, Ruivo, 2010).

A **definição dos objetivos** inclui desde o objetivo geral ao mais específico. Estes assumem-se como ações a realizar e devem ser elaborados de forma clara, consoante os problemas identificados. Os objetivos gerais fornecem indicação acerca daquilo que o formando deverá ser capaz de realizar após o seu percurso formativo. Os objetivos específicos são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo (Ferrito, Nunes, Ruivo, 2010).

Na fase do **planeamento**, é feita uma avaliação das prioridades dos problemas levantados para então nortear o enfermeiro na elaboração do plano de ação, de acordo com o estabelecimento de prioridades. No planeamento é elaborado um plano detalhado do projeto, que inclui a calendarização das atividades. O desenvolvimento do cronograma do projeto é um processo iterativo em que determinamos as datas de início e de fim planeadas para as respetivas atividades a desenvolver durante o projeto, que podem ser alteradas consoante o necessário (Ferrito, Nunes, Ruivo, 2010).

A etapa da **execução** da metodologia de projeto coloca em prática tudo o que foi planeado. É realizada a colheita de dados, que posteriormente serão tratados, preparando-se a ação a desenvolver, com a finalidade de encontrar a resolução do problema previamente levantado (Ferrito, Nunes, Ruivo, 2010).

A fase de **avaliação** do projeto poderá ter vários momentos. A avaliação intermédia decorre simultaneamente com a fase da execução do projeto, sendo que o orientador e professor têm um papel importante para a concretização do mesmo. A avaliação final decorre em simultâneo com a avaliação de todo o processo e do produto do projeto (Ferrito, Nunes, Ruivo, 2010).

A **divulgação dos resultados** obtidos é uma fase bastante importante do projeto e será realizada através da redação deste relatório, pois iremos dar a conhecer a pertinência do projeto e as fases percorridas ao encontro da resolução do problema identificado.

O título deste projeto foi a “A Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica ao encontro das necessidades das crianças/jovens e famílias: reflexões entre Portugal e Timor”, tendo como base a atuação da EEESIP junto de crianças, jovens e famílias, em Contexto de Saúde-Doença e a necessária transferência de conhecimentos da realidade experienciada em Portugal para o contexto Timorense.

2.1. Estágio I

O Estágio I decorreu numa UCSP, no Programa de Saúde Infantil e Juvenil e, mais especificamente, na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil. Esta consulta tem como objetivo assegurar a vigilância, promover a saúde e prevenir doenças das crianças e jovens com idade inferior a 18 anos e deverá obedecer ao calendário de vigilância preconizado pelas circulares normativas da Direção-Geral da Saúde (DGS), do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e do Programa Nacional de Vacinação, assente numa filosofia de “cuidados centrados à família”.

Os cuidados de saúde primários representam o primeiro nível de acesso dos cidadãos ao Serviço Nacional de Saúde e assumem importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, de prestação de cuidados de saúde e de ligação e articulação com outros serviços para a continuidade de cuidados (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2012).

A infância é um período da vida em que surgem várias modificações físicas e psicológicas que caracterizam o crescimento e desenvolvimento da criança. As consultas de vigilância de saúde infantil são um momento único para despistar possíveis problemas que possam interferir negativamente com o desenvolvimento psicomotor e físico da criança/jovem, assim como detetar défices de conhecimento das mesmas e da sua família.

A consulta de saúde infantil e juvenil constitui a melhor forma de proceder à avaliação da manutenção e promoção de saúde infantil e juvenil. A sua realização é preconizada pela DGS e é desejável que seja realizada por profissionais com conhecimentos e formação específica na área da saúde infantil e juvenil. Participámos mais vezes nas consultas de saúde infantil/juvenil. Inicialmente, mantivemo-nos apenas como observadores, na primeira semana, a partir daí fomos ficando vez mais autónomos na realização da consulta. A grande diferença que encontramos, relativamente à nossa prática profissional, na execução destas consultas foi o facto de estarmos em contacto com crianças saudáveis, e não em fase aguda de doença, como é habitual em Timor.

Os EEESIP têm várias funções fundamentais nas consultas, pois sempre que os pais têm dúvidas vão ter com a enfermeira para serem esclarecidas. São também o elo de ligação entre todos os grupos profissionais, encaminhando a criança e contactando sempre que necessário. Realizam a avaliação de enfermagem, tendo em conta os parâmetros de crescimento, avaliam o desenvolvimento da criança e promovem a parentalidade adequada, atividade de extrema importância, pela qual a enfermeira é responsável pelo ensino/reforço de ensinios aos pais e criança, relativamente a diferentes temas.

Atendendo ao contexto clínico, foram delineados os seguintes objetivos e atividades:

Objetivo geral: Desenvolver competências no âmbito dos cuidados de saúde primários à criança e família, de elevada qualidade, e particularmente, na maximização da saúde e promoção do seu crescimento e desenvolvimento.

Objetivos específicos	Atividades desenvolvidas
<p>Aperfeiçoar competências profissionais no âmbito dos cuidados de enfermagem à criança/família em contexto de UCSP</p>	<p>Conhecimento do processo da prestação de cuidados à criança/família na Unidade no âmbito dos serviços: Consulta de vigilância da saúde infantil e juvenil, e Programa Nacional de Vacinação.</p> <p>Recolha de informação essencial sobre a organização do serviço, com vista a viabilizar a prestação de cuidados à criança/família no âmbito do projeto de estágio.</p> <p>Pesquisa bibliográfica e (re)leitura de forma a mobilizar e aplicar conhecimentos que auxiliem o processo ensino–aprendizagem, para manter e atualizar conhecimentos adequados às atitudes profissionais adotadas.</p> <p>Reflexão/discussão com a Enfermeira Orientadora e Equipa de Saúde sobre as várias atividades desenvolvidas ao longo do estágio, que permita sistematizar conhecimentos, delinear prioridades e escolher procedimentos conducentes a uma melhor prática profissional.</p> <p>Redação de um diário de aprendizagens.</p>
<p>Desenvolver competências profissionais para promover o papel do EEESIP na maximização da saúde das crianças e famílias</p>	<p>Pesquisa bibliográfica e (re)leitura sobre o papel parental e intervenções de enfermagem relacionadas e seleção de informação relevante que permita aprofundar a compreensão do tema e integrá-la no planeamento de cuidados aos pais/criança.</p> <p>Realização de Estudo de Caso a criança/jovem a quem tenha prestado cuidados.</p> <p>Reflexão sobre o processo de desenvolvimento e resultados do trabalho em curso e assim desenvolver capacidades individuais, visando a atuação como EEESIP.</p>

Desenvolver competências de comunicação com a criança/ família	<p>Comunicação com a criança/jovem e família tendo em consideração a sua idade e estágio de desenvolvimento, crenças, valores e características culturais.</p> <p>Uso de escuta ativa, de forma a ouvir e responder às dúvidas das crianças/família.</p> <p>Utilização de diferentes técnicas de comunicação.</p> <p>Utilização da relação terapêutica de forma assertiva.</p>
--	--

2.1.1. Síntese reflexiva das aprendizagens

Durante o estágio compreendemos o funcionamento das consultas de saúde infantil e a importância da atuação do enfermeiro especialista, que tem a capacidade de mobilizar diversos conhecimentos a nível de gestão, articulando todas as consultas e a equipa multidisciplinar, promovendo um cuidado adequado e individual à criança. Promove a esperança, por ser uma referência e alguém que os pais e a criança/jovem conhecem e por quem sentem empatia, possibilitando assim cuidados holísticos e a constante promoção de saúde. Tem em atenção o cuidar em parceria, incutindo sempre a autonomia não só da família como também da criança/jovem, para que esta cresça e se desenvolva de uma forma saudável, tornando-se um adulto autónomo e com capacidade de resposta, mesmo com limitações.

As consultas de Enfermagem de saúde infantil em cuidados de saúde primários têm como objetivo a validação do desenvolvimento físico, mental, emocional e social da criança, estimular a opção por comportamentos saudáveis, prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns, detetar e encaminhar precocemente qualquer desvio ao cumprimento do programa Nacional de vacinação, zelar pela saúde oral e prevenir acidentes.

É muito importante que haja um envolvimento da família nas consultas de Enfermagem de saúde da criança de forma a que esta compreenda as diferentes fases de desenvolvimento da criança. Este envolvimento e compreensão da família é importante, porque ao contrário de um profissional de saúde a presença desta na vida da criança é constante.

A calendarização das consultas da criança é feita em idades-chave de forma a haver uma harmonização desta consulta com o esquema cronológico de vacinação, bem como uma articulação com os acontecimentos importantes da vida da criança consoante a etapa de desenvolvimento em que se encontra.

Desta forma, acompanhámos a enfermeira orientadora a realizar consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil. No dia 1 de junho, tivemos a oportunidade de participar na formação de serviço do centro de saúde, para perceber melhor o funcionamento das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil de pediatria. Percebemos assim que um enfermeiro especialista nas consultas de saúde infantil deve apresentar conhecimento alargado, tendo a capacidade de mobilizar saberes de diferentes áreas refletindo criticamente, ser empático e comunicar com a criança/jovem e família de uma forma realista e promotora de esperança e trabalhando em parceria, promovendo sempre a saúde e bem-estar.

Hoje em dia, o brincar terapêutico é considerado um instrumento fundamental para os enfermeiros especialistas na criança, pois além de ajudar no estabelecimento de uma relação, funciona também como um meio informativo, no qual o enfermeiro pode explicar os procedimentos e rotinas hospitalares, havendo assim uma promoção do bem-estar da criança e sua família (Tavares et al, 2008). A brincadeira permite à criança extravasar os seus sentimentos. A presença de bonecos e/ou materiais de fantasia possibilita que os profissionais de saúde demonstrem, através da brincadeira, o que vai acontecer, desmistificando procedimentos que se realizam regularmente (Tavares et al, 2008).

No Dia Internacional da Criança participámos, igualmente, com os enfermeiros na realização de um hospital da brincadeira, no qual envolvemos a criança em brincadeiras, ensinámos e acompanhámo-la a realizar desenhos sobre a alimentação com cores, contámos histórias, estimulámos a criança a ler e a escrever, brincámos e conversámos com ela. Participámos e desenvolvemos atividades que o enfermeiro pode sugerir de forma a aliviar o crescimento e desenvolvimento da criança, através da distração com a brincadeira (Hockenberry & Wilson, 2014).

A comunicação e o cuidar da criança assume um papel de destaque no bom desempenho dos profissionais de enfermagem, sendo um dos veículos principais na relação de ajuda e na correta avaliação de desempenho. Através das habilidades comunicacionais, o enfermeiro realiza a sua nobre função de cuidar do outro com qualidade e de ir ao encontro das suas necessidades. Foram desenvolvidas, em diversas oportunidades, competências de comunicação e de interação com os pais e crianças contribuindo para o fortalecimento de relação promotoras da parceria de cuidados. Na comunicação com a criança/família utilizámos instrumentos como a observação, a entrevista, a relação de ajuda e a escuta ativa.

O enfermeiro, que tem a capacidade de escuta, deve estar disponível para a total comunicação com a criança/família e não só com as palavras que pronuncia, já que só por si as palavras não podem traduzir a realidade total das experiências vividas, por isso tivemos atenção à globalidade da criança e da sua família como indicador de estado de espírito, dando maior importância ao comportamento

corporal, aos movimentos e gestos, à sua comunicação de voz, à intensidade da reflexão e ao silêncio. Aprendemos que a experiência de comunicar necessita do envolvimento integral do enfermeiro e que é importante fazê-lo com eficácia, integridade e, até, imaginação.

Em todas as situações de rotinas e, sobretudo, nas mais delicadas existem comportamentos relativamente à comunicação verbal e não verbal que devemos colocar em prática, nomeadamente, mostrar respeito, preocupação e solidariedade para com a criança, mostrar disponibilidade para tirar dúvidas ou dar informação sempre que existir essa vontade ou essa necessidade, o que pode ser difícil em situações em que as palavras parecem não ser suficientes na comunicação com a criança e família.

Relativamente a outras competências desenvolvidas, destacamos as seguintes:

Gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, dos seus colaboradores e a articulação com a equipa multiprofissional, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas através da intervenção, melhorando a informação para o processo de cuidar com a realização da tabela do desenvolvimento da criança 0-12 meses (Apêndice I).

Assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde, através da negociação e participação da criança/jovem e família no processo de cuidar; comunicação com a criança tendo em conta a sua faixa etária; desenvolvimento de treino e ensino especializado e individual à criança/jovem e sua família, facilitando o desenvolvimento para aquisição de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. Estas competências foram desenvolvidas maioritariamente com intenção de motivar ou educar a criança para a colaboração na consulta e na adoção de estilos de vida saudáveis, recorrendo ao brincar, atividade que poderá ser utilizada em Timor-Leste.

Para que o desenvolvimento infantil aconteça de uma forma saudável é essencial um estado de saúde adequado, um bom aporte nutricional e boas condições de vida nos primeiros anos de vida, pelo que uma adequada e frequente avaliação do crescimento e desenvolvimento são de extrema importância (OMS, 2016). Assim, tivemos oportunidade de elaborar um estudo de caso a uma criança recém-nascida. Ao elaborar o plano de cuidados e delinear intervenções de enfermagem que potenciem ganhos em saúde e melhoria da qualidade de vida da criança e família, deve-se sempre ter em atenção a criança, como foco de cuidados, integrada na família e o seu contexto social. A família é um sistema aberto que demonstra uma determinada função e organização interna e possui elementos que interagem entre si. Por isso, a família da criança transporta uma perspetiva única para as questões que devem ser levantadas, relativamente à saúde da criança. Com a elaboração do estudo de caso, os objetivos foram os seguintes:

1. Desenvolver competências na área da promoção e maximização da saúde;
2. Realizar o exame físico do RN;
3. Promover o desenvolvimento do RN;
4. Identificar intervenções de enfermagem relativamente à necessidade do RN e família.

Como instrumentos de estudo utilizados na abordagem de enfermagem à família utilizámos um guia de observação e colheita de dados do recém-nascido e genograma (diagrama que detalha o histórico e a estrutura da família). Para atingir os objetivos referidos, recorreu-se à metodologia científica, ao Processo de Enfermagem.

A reflexão sobre as atividades promotoras do desenvolvimento sugeridas para cada idade-chave da consulta de vigilância e a mobilização de conteúdos adquiridos nas teorias/estádios de desenvolvimento, permitiu a consolidação de conhecimentos propiciadores da demonstrada competência como EEESIP na avaliação/promoção do potencial de desenvolvimento infantil.

O desenvolvimento motor normal é acompanhado de processos de crescimento, maturação e aquisição da competência e reorganização psicológica. Esses processos permitem à criança adquirir novas habilidades no domínio motor grosseiro e fino, cognitivo e emocional.

Em suma, consideramos mesmo que o resultado deste confronto reflexivo modelou qualitativamente o patamar de atuação e sustentação teórica atingido e que procurámos promover na equipa de enfermagem da consulta de saúde infantil e juvenil, assim como aproveitámos a oportunidade para construir materiais úteis e considerados necessários para o contexto, os quais constituirão igualmente uma mais-valia para aplicar em Timor-Leste.

Segundo Willians & Ajelo (2001), nos últimos anos, tem-se observado na literatura internacional uma ênfase cada vez maior na importância do envolvimento da família para o reconhecimento do indivíduo. Destacam o papel exercido pela figura materna no ambiente familiar e no desenvolvimento da criança, atuando como facilitadora e promotora do desenvolvimento infantil. De facto, é de fundamental importância que os pais cuidadores tenham o conhecimento das etapas do desenvolvimento normal no primeiro ano de vida das crianças, com objetivo de acompanhar, estimular e perceber precocemente qualquer alteração, percebendo que as etapas de evolução não são estáticas e a sequência das aquisições está interligada.

Identificar situações de crianças e jovens em risco ou com necessidades especiais nem sempre é fácil, exige um esforço conjunto entre as equipas de saúde que devem proporcionar um apoio contínuo e promover a articulação entre os intervenientes nos cuidados. O enfermeiro especialista em

enfermagem de saúde infantil e pediátrica assume uma função de destaque, sendo um elemento de referência na articulação entre a equipa dos cuidados de saúde primários.

As consultas de vigilância de saúde infantil são um momento único para despistar possíveis problemas que possam interferir negativamente no desenvolvimento psicomotor e físico da criança/jovem, assim como detetar défices de conhecimento nas mesmas e respetiva família.

No âmbito da consulta de enfermagem de vigilância da Saúde Infantil e Juvenil, focámo-nos na avaliação do crescimento e de desenvolvimento infantil, de acordo com a etapa de vida da criança, no estímulo pela promoção da saúde e adoção de comportamentos adequados, atentos à necessidade de detetar e encaminhar situações que pudessem interferir de forma negativa na vida da criança/jovem e na promoção e apoio dos pais na sua função parental.

Os profissionais capazes de estabelecer uma relação empática recebem como retorno uma criança/jovem e família capaz de manifestar as suas dúvidas e emoções, recorrendo ao enfermeiro para esclarecimento de dúvidas, o que é fundamental para minimizar as angústias e efeitos de um problema de saúde. Sendo esta característica transversal a todos os enfermeiros que prestam cuidados em idade pediátrica e suas famílias, a especificidade da prestação dos mesmos, nos diferentes contextos, levou-nos a adequar a forma de comunicação.

Durante o estágio procurámos ultrapassar estas barreiras e proceder a uma gestão adequada do tempo para ponderar conversas e oferecer educação para a saúde à criança/ família, notando que apesar da dificuldade, devido à barreira linguística, conseguimos comunicar adequadamente, mostrando calma, disponibilidade e tentando perceber as necessidades da criança e família, explicando o estado de saúde da criança utilizando uma linguagem simples e clara. Explicámos à criança o porquê de lá estar, os procedimentos a serem realizados, utilizando uma postura e linguagem adequada ao seu nível de desenvolvimento.

No âmbito da consulta de enfermagem de vigilância da Saúde Infantil e Juvenil, este estágio proporcionou-nos a primeira experiência na área de atuação de avaliação do desenvolvimento da criança, avaliação e registo, obedecendo ao processo de enfermagem, seguindo as linhas orientadoras do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS,2013). Nestas consultas, o objetivo consiste em avaliar o crescimento e desenvolvimento de acordo com a etapa de vida da criança, baseando-se na escala de desenvolvimento de Mary Sheridan, estimular a promoção da saúde estimulando a adoção de comportamentos adequados, detetar e encaminhar situações que possam interferir de forma negativa na vida da criança/jovem e promover e apoiar os pais na sua função parental no acompanhamento e desenvolvimento dos seus filhos.

Assistimos, igualmente, a situações em que os pais se dirigiam à UCSP para esclarecer dúvidas em relação aos filhos, principalmente nos primeiros meses de vida, para averiguar se este estava a aumentar de peso ou não, muitas vezes sem marcação de consulta prévia, sendo o nosso papel nestas situações esclarecer as dúvidas e o funcionamento dos cuidados de saúde primários.

Tivemos oportunidade de realizar estágio na sala de vacinação, onde era implementado o Programa Nacional de Vacinação (PNV), um programa acessível e gratuito a todas as pessoas que se encontram em Portugal, que tem como finalidade a diminuição da morbilidade e mortalidade provocadas pelas doenças infecciosas e consequentes ganhos em saúde (DGS, 2012). Depois de vacinarmos as crianças, referíamos os cuidados a ter e possíveis reações e/ou complicações e agendávamos a próxima vacina.

Durante o estágio, fomos-nos deparando com as necessidades constantes de atualização de conhecimentos, pelo que recorremos à pesquisa bibliográfica e análise de artigos científicos para satisfação desta necessidade, o que influenciou a nossa tomada de decisão mais fundamentada, promoveu o raciocínio clínico e, consequentemente, melhores cuidados prestados.

2.2. Estágio Final – módulo I

Este estágio decorreu de 17 de setembro a 12 de outubro e realizou-se numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

A UCC abrange a área geográfica do concelho de Palmela (freguesias de Quinta do Anjo, Palmela, Pinhal Novo e União das Freguesias do Poceirão e Marateca). De acordo com o documento CENSOS (2011), o concelho tem 62740 habitantes, dos quais 10672 habitantes correspondem a crianças entre 0-14 anos, existindo um total de 23723 famílias residentes.

Na UCC, a intervenção foi dirigida sobretudo à CPCJ, NACJR, ELI, Programa de Erradicação da Mutilação Infantil, Curso de Massagem Infantil, e promoção saúde escolar.

Atendendo ao contexto clínico, foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo geral: Desenvolver competências no âmbito dos cuidados de saúde à criança, jovem integrados numa comunidade e família, no âmbito dos cuidados de saúde primários, em contexto de comunidade e, particularmente, na maximização da saúde e promoção do seu crescimento e desenvolvimento.

Objetivos específicos	Atividades desenvolvidas
<p>Aperfeiçoar competências profissionais no âmbito dos cuidados de enfermagem à criança/família em contexto da UCC.</p>	<p>Pesquisa relativa ao processo da prestação de cuidados à criança/família na Unidade no âmbito dos serviços: CPCJ, NACJR, ELI, Programa de Erradicação da Mutilação Infantil e Curso de Massagem Infantil.</p> <p>Recolha de informação essencial sobre a organização do serviço, com vista a viabilizar a prestação de cuidados à criança/família no âmbito do projeto de estágio.</p> <p>Pesquisa bibliográfica e (re)leituras de forma a mobilizar e aplicar conhecimentos que auxiliem o processo ensino–aprendizagem, para manter e atualizar conhecimentos adequados às atitudes profissionais adotadas.</p> <p>Reflexão/discussão com a Enfermeira Orientadora e Equipa de Saúde sobre as várias atividades desenvolvidas ao longo do estágio, que permita sistematizar conhecimentos, delinear prioridades e escolher procedimentos conducentes a uma melhor prática profissional.</p>
<p>Desenvolver competências profissionais para promover o papel parental adequado ao funcionamento saudável da família.</p>	<p>Pesquisa bibliográfica e (re)leituras sobre o papel parental e intervenções de enfermagem relacionadas e seleção de informação relevante que permita aprofundar a compreensão do tema e integrá-la no planeamento de cuidados aos pais/criança.</p> <p>Reflexão com a Enfermeira Orientadora sobre o processo de desenvolvimento e resultados do trabalho em curso e assim desenvolver capacidades individuais, visando o papel de Enfermeira Especialista.</p> <p>Observação participativa nas reuniões da CPCJ, NACJR, ELI.</p> <p>Participação nas sessões do curso de massagem infantil,</p>

Realizar sessão de educação para a saúde a crianças em idade escolar.	<p>Atividades planeadas e realizadas:</p> <p>Identificação de uma temática pertinente a ser trabalhada junto das crianças em idade escolar.</p> <p>Preparação da sessão de educação para a saúde.</p> <p>Dinamização da sessão de educação para a saúde.</p>
---	--

Cuidar na comunidade, no âmbito da UCC, engloba cuidados de saúde escolar, situações de doença aguda e crónica e de patologias múltiplas, direcionados para a prevenção da doença, a promoção da saúde ao longo do ciclo vital do indivíduo, incluindo os cuidados domiciliários, estrutura inexistente em Timor-Leste.

2.2.1. Síntese reflexiva das aprendizagens

A infância é um período da vida em que surgem várias modificações físicas e psicológicas que caracterizam o crescimento e desenvolvimento da criança. Para que o modo de desenvolvimento aconteça de uma forma saudável é essencial um estado de saúde adequado, um bom aporte nutricional e boas condições de vida e saúde.

A UCC, na área de Saúde Infantil, integra cinco equipas: a Comissão de Proteção de Criança e Jovem (CPCJ), a Equipa Local de Intervenção Precoce na Infância (ELI), o Núcleo de Apoio Criança e Jovem em Risco (NACJR), que inclui o atendimento a pais de crianças com suspeita de sofrerem maus-tratos e outros problemas, o Programa de Ação para a Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina, o curso de Massagem Infantil (realizado com pais e recém-nascidos entre os 28 dias até ao 1º ano da vida, que se realiza na UCC) e a articulação com a saúde escolar. Todas as equipas têm diferentes objetivos de atuação.

Comissão de Proteção de Criança e Jovens (CPCJ): nesta comissão, a equipa desenvolve intervenções para a promoção dos direitos e proteção das crianças e dos jovens em perigo. Dentro da equipa, pudemos acompanhar a reunião de todos os profissionais que integram a equipa (enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, professores, psicólogos, assistentes sociais e GNR). Nas reuniões apresentam-se casos de crianças em perigo, e todos os profissionais analisam e discutem em busca da solução mais ajustada à situação. Depois de discutir o caso, os técnicos fazem a validação; cada representante apresenta o caso que tem, e todos os que estão presentes contribuem com a opinião para melhorar a continuação de tratamento da criança, de acordo com as suas

responsabilidades. Sentimos que esta equipa é muito importante para proteger a criança em perigo e também para que a criança esteja acompanhada de pessoas que zelem pelo seu bem-estar.

Intervenção precoce na infância: equipa que intervém junto da criança em risco grave de atraso no desenvolvimento. O objetivo da intervenção precoce é assegurar que as crianças possam desenvolver o melhor das suas capacidades, detetar e sinalizar todas as crianças com necessidades identificadas, de modo a prevenir e reduzir as consequências e os riscos de atraso de desenvolvimento, apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos do sistema de segurança social, de saúde e educação, envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social. Estas equipas são multidisciplinares e representam todos os serviços que são chamados a intervir, com identificação de um técnico responsável por cada situação.

Durante o nosso estágio, acompanhámos as reuniões da equipa de intervenção precoce na infância, que integra educadores de infância, professores especialistas em ensino especial, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta da fala, assistente social e enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Cada responsável responsabiliza-se por uma situação que apresenta à equipa, identificam-se estratégias e, no final, estabelece-se a atuação mais adequada, como processo de desenvolvimento para melhorar a situação da criança. Nestas reuniões, a aprendizagem foi constante tanto pela forma como se trabalha em equipa, como pela forma como cada elemento responsável argumenta e procura a melhor forma de melhorar e/ ou resolver a situação da criança com problemas de desenvolvimento.

Curso de Massagem Infantil: o objetivo é ensinar os pais a realizar a massagem infantil, que é vital para um desenvolvimento harmonioso das crianças e com benefício na relação pais-filhos, para a saúde e bem-estar da díade. Os benefícios da massagem são vários, promove um sono calmo, proporciona o relaxamento e o bem-estar, fortalece a relação afetiva entre os pais e o bebé, contribui para o contacto afetivo, promove a harmonia do bebé com o exterior, alivia as cólicas, favorece o crescimento e o desenvolvimento, melhora a circulação, a respiração e o estado geral do bebé (Barcia, 2010). No curso de massagem infantil ensina-se aos pais um conjunto de movimentos e técnicas, levados a cabo pelas mãos do pai e da mãe na pele do bebé.

Os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e famílias que estão a passar por processos de transição, prestando-lhe cuidados antes, durante e após o processo de transição. O enfermeiro assiste às mudanças e exigências que as transições provocam, procura compreender as experiências parentais, ajuda os pais na preparação para as transições iminentes e facilita o processo de aprendizagem de competências. Compreender as propriedades e as condições inerentes a um

processo de transição ajudará o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam respostas positivas. Um dos objetivos dos cuidados prestados pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria (EEESIP) é valorizar e promover o papel dos pais na saúde das crianças. De facto, os avanços no conhecimento do desenvolvimento infantil, da importância dos primeiros anos e da relação precoce entre pais e filhos para o desenvolvimento saudável da criança vieram alterar a própria visão dos cuidados de saúde à criança.

Núcleo de Apoio Criança e Jovem em Risco (NACJR): Esta equipa tem como objetivo fundamental conhecer os principais problemas identificados no concelho e nas crianças inscritas nas unidades de saúde de abrangência, as práticas profissionais e organizacionais desenvolvidas para combater esses problemas e, ainda, perceber a parceria com as outras instâncias da comunidade. A deteção de indicadores de risco, o respetivo acompanhamento e o encaminhamento nem sempre constituem uma tarefa simples para os profissionais de saúde. A criança em risco tem um impacto negativo nos indivíduos, no seu bem-estar físico, psicológico, comportamental, ou social, cujos efeitos podem persistir nas fases subsequentes do ciclo vital.

Depois de encontrar sinais de alarme na criança em risco, os profissionais reúnem-se para discutir como atender à situação. Na discussão da equipa cada profissional vai contribuir com a sua opinião e experiência para se procurar chegar a uma solução. Se a criança demonstrar sinais de perigo, então a equipa articulará esforços com a CPCJ para agir em conformidade. Durante o estágio acompanhámos as reuniões, ouvimos e aprendemos o método que os profissionais de saúde usam para detetar crianças em risco, nomeadamente, as entrevistas, pois estes profissionais têm um contacto privilegiado com as crianças. Devido ao tempo disponível e aos recursos existentes e disponibilizados, é possível recolher informação com a família da criança, vizinhos, e educadores da criança.

Na UCC também se promove o programa de Ação para a **Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina**. O Programa de Ação propõe-se igualmente atuar de um modo mais incisivo nas comunidades em risco, mobilizando de forma mais intensa as organizações não-governamentais, em especial as associações de imigrantes.

Saúde Escolar: Desde 1994, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação formalizaram uma parceria que visa a colaboração entre as escolas e os centros de saúde, construindo a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde que veio posteriormente a integrar a Rede Europeia. O conceito de “Escola Promotora de Saúde” (EPS) nasceu na década de 80, tendo por base o descrito na Carta de Otava e na Convenção dos Direitos das Crianças. A OMS, no documento “*Health for all*”, estabeleceu

metas de saúde, sendo que na meta define EPS como aquela que “inclui a educação para a saúde no currículo e possui atividades de saúde escolar” (Portugal. Ministério da Saúde. PNSE de 2015).

Em junho de 2006, foi publicado no Diário da República a aprovação do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), o qual foi atualizado em 2015 e tem como finalidade “Contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens” (DGS, 2015, p.4).

Uma das áreas de intervenção incorporada no eixo da capacitação integra a saúde oral. Entre outras preocupações, a promoção da higiene oral é apresentada como uma área prioritária para a promoção de estilos de vida saudáveis e, por consequência, para a prevenção de doenças orais. Segundo indicações no PNSE (2015) ao nível local as equipas de saúde escolar são constituídas por profissionais (médico e enfermeiro) preparados para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar, encontrando-se numa posição privilegiada para intervir, quer a nível individual, com diagnóstico precoce, encaminhamento e aconselhamento, quer a nível coletivo, através de recomendações para a escola.

Considerando as competências específicas do EEESIP, estipuladas pela OE (2018), em que se considera que este diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem e promove o crescimento e o desenvolvimento infantil, cabe ao mesmo o papel preponderante nesta equipa para promover e supervisionar a saúde da criança.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica é responsável pela promoção de saúde e do bem-estar da criança/família. Tem o dever de compreender a importância da prevenção da doença e a promoção da saúde para elaborar um plano de cuidados nesse contexto, tendo por base as diferentes fases de desenvolvimento da criança, que deve conter a nutrição, higiene oral, socialização, disciplina e educação (Filho, 2008).

Para otimizar a saúde das crianças é importante conhecer quais são as necessidades específicas de cada uma, tendo em conta a faixa etária em se encontra. Neste sentido, ao longo do processo de aprendizagem, procurámos consolidar o conhecimento sobre as características da UCC, para encontrar respostas adequadas a cada situação de saúde.

A implementação de projetos de educação para a saúde por parte da equipa de saúde escolar, mais especificamente pelo EEESIP, visa a aquisição de atitudes e comportamentos saudáveis, tal como se pretendeu com a temática da higiene oral. No decorrer do estágio aprendemos a realizar uma atividade de promoção de saúde oral, em ambiente escolar de primeiro ciclo, seguindo as etapas preconizadas

desde a conceção, implementação e avaliação. O projeto de promoção de saúde oral foi desenvolvido com crianças do primeiro ciclo de uma escola do Pinhal Novo, no concelho de Palmela. Teve como objetivo principal promover a importância da higiene oral, e contribuir para mais saúde, mais educação e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida da criança.

Seguindo a linha de pensamento de Nola Pender, o EEESIP ao identificar as características específicas da criança/família pode desenvolver intervenções no contexto em que a mesma se insere para promover comportamentos promotores de saúde (Alves et al, 2011). A promoção da saúde assenta em factos entretanto comprovados, mas, como se expressou, parte de valores. A qualidade do processo permite criar condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde, apostar no mérito duma intervenção multidisciplinar e multisectorial sensível às características dos contextos e que respeita a dignidade das pessoas (Filho, 2008, P, 39).

As escolas constituem um *setting* importante quer do ponto de vista da promoção da saúde das crianças e das suas famílias (DGS,2015), como do ponto de vista da prevenção, e da gestão de problemas de saúde. As escolas são reconhecidas enquanto locais de aprendizagem que, sendo estruturados, providenciam a oportunidade, do ponto de vista informal podem influenciar significativamente as atitudes e comportamentos dos alunos (Filho, 2008, P,53). Além disso, as escolas conseguem tornar a informação que muitas vezes é pontual e fragmentada em conhecimento mais global e compreensivo, conhecimento este que é construído ao longo do tempo, de uma forma mais sistemática e orientada. Fornecida desta forma, a informação possibilita uma discussão de diferentes atitudes e comportamentos ao mesmo tempo que acompanha o desenvolvimento de novas habilidades de vida, essenciais a estilos de vida mais saudáveis (Filho, 2008).

Na área da educação para a saúde em ambiente escolar, a transculturalidade é uma realidade, sendo necessário adequar materiais informativos e estilos de comunicação ao público-alvo. Ensinar e informar as crianças na idade pré-escolar é um desafio, que muito ganha se aceitarmos à partida a diferença cultural entre as crianças, as suas crenças e a forma como se posicionam face a modelos e hábitos de higiene (Sagar, 2012).

Os conceitos de planeamento e implementação em cuidados de saúde consistem em atividades de ação para se intervir nas causas das necessidades identificadas pela escola, e também se relaciona com a otimização dos recursos humanos e investimentos em tempo e ao nível de financeiro. Assim, para realizar o projeto de educação para a saúde sobre Higiene oral na escola, em primeiro lugar, realizámos o diagnóstico de situação, reunido com a enfermeira orientadora e a enfermeira coordenadora e a enfermeira coordenadora de saúde escolar, com o objetivo de perceber as

necessidades da escola. Estas sessões de educação foram assim ao encontro dessas necessidades e pertinentes para o objetivo por nós delineado, o de contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis, no âmbito da Higiene Oral, junto de crianças em idade pré-escolar.

A Sessão de Educação para a saúde planeada teve como grupo-alvo um dos agrupamentos de escolas que a UCC abrange, num total de 27 escolas, distribuídas por Palmela, Poceirão e Pinhal Novo, contando com 8053 alunos matriculados em Jardim infância, 1º, 2º e 3º Ciclos e Ensino Secundário. Neste caso, optou-se pelo Agrupamento de Escolas de Palmela, mais especificamente as turmas de Jardim de Infância da Escola Básica, com alunos dos 3-6 anos, num total de 63 alunos, distribuídos por 3 turmas. Foi avaliada uma turma no âmbito do estágio e a Equipa de Saúde Escolar avaliou as restantes. Foi realizado também o planeamento da sessão da Educação e promoção de saúde oral na escola (Apêndice II).

O objetivo da intervenção de promoção da saúde oral é aumentar os conhecimentos das crianças na escola sobre a importância da higiene oral e capacitá-las a realizá-la de forma correta, de modo a prevenir doenças orais. A sua finalidade prende-se ainda com a necessidade de contribuir para mais saúde, mais educação e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de criança.

Os objetivos específicos de intervenção de promoção da saúde oral foram:

- Reforçar a importância da higiene oral como meio de prevenção doenças orais;
- Promover estilos de vida saudáveis e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa;
- Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde;
- Promover a saúde, prevenir a doença na comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as.

A atividade foi desenvolvida em 3 turmas, com número total de 63 crianças. As sessões de educação para a saúde consistiram numa apresentação dinâmica em power point, com a entrega de uma escova de dentes e um folheto de imagem para colorir. As sessões decorreram na presença das professoras de cada turma. No decorrer desta atividade optou-se pela sensibilização dos alunos para a prevenção e proteção da higiene oral, visando a mudança das atitudes, através de um jogo lúdico-didático e de um questionário sobre a higiene oral, recorrendo a vídeos e música sobre a correta prática oral. A intervenção permitiu que os alunos assimilassem os conteúdos propostos pelo projeto e os

sensibilizasse para realizar mudanças de atitudes relacionadas com a sua higiene oral pessoal após o acordar, depois de almoçar, e antes de dormir à noite, adotando assim um estilo de vida saudável.

Deste modo, durante a realização desta atividade consideramos ter desenvolvido competências pessoais ao nível da comunicação, da capacidade de adaptação a situações imprevistas, de gestão de tempo e do saber estar em diferentes contextos. Relativamente ao desenvolvimento de competências profissionais específicas do EEESIP, consideramos ter desenvolvido a competência de assistir à **“criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”** (OE, 2018).

A promoção e educação para a saúde (PES) em meio escolar é um processo contínuo que visa o desenvolvimento de competências das crianças e dos jovens. Desenvolver sessões de educação para a saúde em escola foi decididamente um momento de aprendizagem essencial para o desenvolvimento de competências. A nível pessoal foi uma experiência gratificante e avassaladora, muito diferente da nossa prática profissional. Tendo em conta o número de turmas em que intervimos, sentimos necessidade de adaptar-nos às diferentes situações e optar por estratégias que permitissem não só a transmissão da informação como também a manutenção do interesse e atenção por parte dos alunos, tendo em consideração a faixa etária em que se encontram e o horário em que se realizaram as sessões. Foi gratificante verificar a vontade de aprender, a curiosidade e a vontade de participar que todos os alunos demonstraram, para além dos conhecimentos adquiridos pelas crianças após a atividade.

Ser enfermeira especialista contribui para melhorar os conhecimentos e comportamentos sobre saúde por parte da criança, incentivando a estilos de vida saudáveis e a criar condições para melhorar a acessibilidade a cuidados de saúde a crianças e jovens que deles necessitem. Os enfermeiros especialistas contribuem para melhorar as competências de educação para a saúde que crianças/jovens e famílias precisam. Relativamente às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria consideramos que foram desenvolvidas competências específicas, tais como comunicação (utilizámos uma técnica adequada à idade e estágio de desenvolvimento), e foi criada uma melhor relação com Professor e Enfermeiros para promover o desenvolvimento das crianças e dos cuidados de higiene e saúde.

À medida que íamos ouvindo e conhecendo as histórias das crianças, novos temas foram-nos suscitando interesse. Durante o estágio estivemos com uma criança de 5 anos de idade, que veio à consulta com problema de enurese noturna. Desta forma, atendendo às competências de mestre e EEESIP, elaborámos um folheto (Apêndice III) e um resumo de artigo científico (Apêndice IV), com o objetivo de recolher dados da literatura, reunindo informação útil para melhor aconselhar a

criança/jovem e família sobre o tratamento e atuação na criança em idade escolar com enurese noturna. Neste artigo identificamos a atuação do enfermeiro especialista perante a criança e família com problema de enurese noturna. Os cuidados de enfermagem a ter devem identificar o problema, procurar a melhor solução para o prevenir intervir de forma a trabalhar na mudança comportamental da criança, no tratamento do alarme noturno, treino vesical e no tratamento farmacológico, para além de mudar algumas atitudes da criança e família, com a preocupação de manter a criança seca durante toda a noite.

2.3. Estágio Final – módulos II e III

O módulo II do estágio final teve lugar numa unidade de internamento de pediatria e o módulo III na unidade de urgência pediátrica do mesmo Centro Hospitalar, cuja Missão, assente numa filosofia de cuidados centrados à família, consiste em prestar cuidados de saúde pediátricos à população dos 0 aos 17 anos e 364 dias.

O Centro Hospitalar trabalha para ser reconhecido como uma instituição de referência no desenvolvimento de técnicas eficientes e inovadoras no tratamento em ambulatório e internamento, pretendendo diferenciar-se pela sua especificidade e acessibilidade, pelo compromisso com o doente e assumindo-se como um centro de elevada competência na organização assistencial e no desenvolvimento e inovação na prestação de cuidados de saúde (SNS, 2014). Tem como missão a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa (SNS, 2014).

O Centro Hospitalar intervém de acordo com as áreas de influência e redes de referência, cumprindo os contratos programa celebrados, em articulação com as instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde. (SNS, 2014).

O serviço de pediatria está organizado em 3 áreas funcionais a que respondem 3 centros de custo e que são, o Internamento pediátrico, o hospital de dia e a Urgência com unidades de curta duração. A equipa de enfermagem está organizada da seguinte forma, o Enfermeiro chefe é comum e a Unidade de Internamento e hospital de dia pediátrica funciona num espaço próprio e com uma equipa permanente. A Unidade de Urgência Pediátrica (UUP) funciona num espaço próprio e com uma Equipa Multidisciplinar distinta.

O estágio final, nos módulos II e II, decorreu ao longo de 12 semanas, 8 semanas em internamento de pediatria e as restantes 4 semanas na urgência pediátrica. Uma das maiores expectativas e objetivos

que tínhamos era poder aproveitar toda a aprendizagem para posteriormente transpor e aplicar esses conhecimentos em Timor-Leste, onde os cuidados clínicos ainda não são tão bons e faltam enfermeiros com conhecimento de especialista em pediatria. Outra expectativa/objetivo era também a determinação que tínhamos em conseguir personalizar os cuidados o mais possível a cada pessoa e adaptá-los ao contexto em que a mesma estaria inserida.

Desta forma, a nossa escolha passou por realizar o Estágio na Unidade de Internamento Pediátrico durante 8 semanas e cumprir as restantes 4 semanas na urgência pediátrica, por ser o contexto que mais nos motivou em termos de aprendizagem e de desenvolvimento das nossas competências.

Durante todos os estágios procurámos assuntos diferentes de aprendizagem, que se revelassem como impulsionadores do sucesso neste percurso. Para atingir os nossos objetivos, nomeadamente a posterior aplicação dos conhecimentos e competências em Timor-Leste, tentámos sempre manter uma postura correta no contexto, e acima de tudo mobilizar as nossas capacidades e competências adquiridas até ao momento, tendo os anteriores estágios como referência de boas práticas. Foi efetuado um levantamento das necessidades do contexto, analisámos as temáticas recentemente abordadas, falámos com a professora orientadora e enfermeira orientadora de estágio, surgindo o tema da infeção respiratória, que é a principal causa de morte infantil em Timor-Leste.

Atendendo ao contexto clínico, foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo geral: Desenvolver competências no âmbito dos cuidados de saúde à criança e família, de elevada qualidade, em situações de grande complexidade ao nível dos cuidados de hospitalar.

Objetivos específicos	Atividades desenvolvidas
Aperfeiçoar competências profissionais no âmbito dos cuidados de enfermagem à criança/família em ambiente hospitalar numa unidade de internamento de pediatria e Urgência de pediatria.	<p>Conhecimento do processo da prestação de cuidados à criança/família na Unidade de internamento em pediatria e urgência em pediatria.</p> <p>Recolha de informação essencial sobre a organização do serviço, com vista a viabilizar a prestação de cuidados à criança/família.</p> <p>Pesquisa bibliográfica e (re)leitura de forma a mobilizar e aplicar conhecimentos que auxiliem o processo ensino-aprendizagem.</p> <p>Reflexão/discussão com a Enfermeira Orientadora e Equipa de Saúde sobre as várias atividades desenvolvidas ao longo do</p>

	estágio, que permita sistematizar conhecimentos, delinear prioridades e escolher procedimentos conducentes a uma melhor prática profissional.
Desenvolver competências profissionais para promover o papel parental adequado em ambiente hospitalar.	<p>Pesquisa bibliográfica e (re)leituras sobre o papel parental e intervenções de enfermagem relacionadas e seleção de informação relevante que permita aprofundar a compreensão do tema e integrá-la no planeamento de cuidados aos pais/criança.</p> <p>Reflexão com a Enfermeira orientadora sobre o processo de desenvolvimento e resultados do trabalho em curso e assim desenvolver capacidades individuais, visando o papel de Enfermeira Especialista.</p>
Aprofundar conhecimentos relativos à criança com dificuldade respiratória.	<p>Pesquisa bibliográfica e (re)leituras sobre a criança com dificuldade respiratória.</p> <p>Realização de processo de enfermagem a criança com dificuldade respiratória.</p> <p>Construção de folheto informativo relacionado com a criança com dificuldade respiratória.</p>

2.3.1. Unidade de internamento pediatria

A Unidade de Internamento Pediátrica (UIP) funciona 24 horas por dia num espaço próprio e com uma equipa multidisciplinar distinta.

A Unidade de Internamento pediátrico (UIP) avalia, monitoriza, vigia, trata e estabiliza o estado clínico da criança/jovem até à alta médica ou transferência, tem capacidade de internamento de 22 crianças por um período de permanência até 24 horas. A estrutura física é a seguinte:

Zona que antecede a porta principal da unidade	Zona que procede a porta principal da unidade à esquerda	Zona que procede a porta principal da unidade à direita
<ul style="list-style-type: none"> - Sala hospital de dia - Copa de alimentação - Sala de limpos e sujos - Sala de brincar - Posto de Enfermagem - Sala dos médicos - Sala de tratamento -Sala de matérias e instrumentos -Sala de preparação de medicamentos - Gabinete de chefe - Sala armazém de farmácia - Casa de banho 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de brincar - Copa/alimentação - Sala hospital de dia - Quartos 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala material limpo e sujo -Posto de enfermagem tem duas salas: sala de enfermagem e sala de preparação de medicamentos. - Sala de tratamento - Gabinete do chefe - Quarto dos enfermeiros - Sala dos Médicos - Farmácia

A **Equipa de Enfermagem** divide-se em equipas de trabalho, no entanto, a metodologia de trabalho no que diz respeito à prestação de cuidados de enfermagem é individual, apesar da constante interajuda entre colegas. A Equipa de Assistentes Operacionais encontra-se distribuída por três elementos no turno da manhã e no turno da tarde e por dois elementos no turno da noite, trabalhando em equipa com os médicos e enfermeiros nas suas funções. O hospital de dia pediátrico encontra-se adstrito à unidade de internamento pediátrico. O horário de atendimento é das 08h às 16 horas, a equipa de enfermagem é composta por 2 elementos, uma enfermeira e um médico.

A **equipa médica** é constituída por 5 elementos, entre os quais 3 pediatras e 2 internos de pediatria. A equipa encontra-se na unidade todos os dias úteis durante o turno da manhã. Nos restantes turnos e fins-de semana, sempre que a situação se justifique o apoio médico é prestado pelo pediatra de Urgência.

A **equipa de assistentes operacionais** é formada por 8 elementos, que se distribuem por equipas de 2 ou 3 elementos por turno.

A unidade de Internamento de pediatria tem ainda a colaboração de outros técnicos, comuns aos serviços de pediatria, nomeadamente 3 secretárias de unidade, 2 educadores de infância e outros técnicos, como psicólogos e pedopsiquiatras.

Em relação à metodologia de trabalho e organização dos cuidados, a passagem de turno tem lugar a horas certas com presença de todos os enfermeiros que terminaram e iniciam o turno. De segunda a sexta-feira, pelas 9 horas, ocorre a “visita médica da manhã”, que consiste numa partilha de informação feita pela equipa médica e por um elemento da equipa de enfermagem, onde é descrito o estado clínico das crianças, registado nas últimas horas. O objetivo de passar o turno é o de partilhar informação, com vista a discutir o plano de cuidados de cada criança/família, a evolução/regressão da situação clínica, de forma a delinear as melhores estratégias para promover a melhoria do estado de saúde e/ou do bem-estar da criança.

A atuação do enfermeiro nesta partilha de informação é o de dar o parecer da enfermagem no cuidar da criança e por fim estabelecer a ponte, para que a informação produzida chegue à restante equipa de enfermagem. O método de distribuição de trabalho utilizado neste serviço é o método individual. Este método responsabiliza cada enfermeiro pela prestação de todos os cuidados de enfermagem a um determinado conjunto de crianças/famílias durante o turno. A linha orientadora desta unidade consiste em integrar os pais ou principais cuidadores no acompanhamento da criança. Assim promove-se que a presença dos mesmos seja uma constante ao longo do internamento, sendo que durante a noite apenas pode permanecer uma das pessoas significativas para a criança. O horário das visitas compreende um período alargado das 18 h às 20h.

2.3.2. Unidade de Urgência Pediátrica

A UUP tem instalações próprias, adjacentes, mas separadas da Urgência Geral. Foi estruturada de acordo com as recomendações do «Programa Tipo de Instalações Hospitalares para Obstetrícia/Ginecologia e Pediatria» proveniente da Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil da Direção Geral dos Hospitais de 1990. Assim, a UUP integra a rede dos Serviços de Urgência Médico Cirúrgica (nível 2).

A nível institucional pertence ao Serviço de Pediatria que está integrado no Departamento da Mulher e da Criança. Tem autonomia técnica, administrativa e centro de custos próprios. Do ponto de vista funcional encontra-se sob a dependência do Diretor do Serviço de Pediatria. Embora a área atual

de atendimento direto para os utentes pediátricos englobe apenas os concelhos de Alcácer do Sal, Palmela e Setúbal, para os concelhos de Sines, Santiago do Cacém e Grândola continua a ser referência preferencial para o Hospital Litoral Alentejano. Recebe ainda, diretamente, doentes provenientes de qualquer área de residência, pela localização geográfica, recursos balneares e turísticos.

A **missão** da Unidade de Urgência Pediátrica passa por cuidar da criança/jovem/acompanhante na totalidade das suas dimensões, através dos pressupostos da relação de ajuda e dos cuidados centrados na família, que lhe permita restabelecer o equilíbrio, a saúde, a qualidade e o sentido de vida. Por conseguinte, são prestados cuidados médicos e de enfermagem com qualidade e humanizados à criança/jovem acompanhante, tendo como base os objetivos e políticas institucionais e a carta da criança hospitalizada.

A Unidade de Urgência Pediátrica (UUP) funciona num espaço próprio e com uma Equipa Multidisciplinar distinta. Esta Unidade funciona 24 horas por dia e destina-se ao atendimento e tratamento de crianças e jovens até aos 17 anos e 364 dias, independentemente da patologia apresentada, que acedam à mesma por iniciativa própria, transportados por alguma entidade de emergência médica ou referenciados pela mesma.

No seu espaço exterior, a UUP é constituída pelos Serviços Administrativos onde é feita a admissão do utente, por uma sala de espera onde existe um espaço de atividades lúdicas para as crianças e instalações sanitárias.

Passando ao espaço interior da UUP, existem três gabinetes de atendimento médico, uma sala de tratamentos, uma sala de triagem, uma sala de aerossóis com uma televisão para a criança poder ver filmes de animação, uma sala de reanimação e instalações sanitárias. De notar que no átrio do interior da UUP existem macas onde permanecem as crianças com necessidade de maior vigilância. Para além disto, existe uma copa, uma instalação sanitária destinada aos profissionais, uma zona de sujos, um gabinete médico, um gabinete da chefia de enfermagem e uma sala de enfermagem.

A passagem das crianças e dos seus pais/prestadores de cuidados na UUP tem um circuito específico e o mesmo inicia-se com a admissão junto do Serviço Administrativo através de uma ficha de inscrição, cujos dados são inseridos em sistema informático (*Alert®*). Após a realização da ficha de inscrição, a criança/jovem é chamada à sala de triagem e é neste momento que é realizada a colheita de dados e são apuradas as causas que a levaram à Urgência. Este processo de colheita de dados passa também pela monitorização de qualquer sinal vital ou da observação de qualquer sinal de doença. A triagem é o setor nobre da Urgência, visto ser o setor onde é preciso uma maior capacidade de despiste, atribuição de prioridade no atendimento e isso passa muitas vezes por uma boa observação e atenção aos sinais de alerta. Após a observação é atribuída uma de cinco pulseiras coloridas, Cor de Rosa para

o Acompanhante, Cinzenta para Ortopedia, Azul para Menos Grave, Amarelo para um atendimento urgente, e Vermelha para um atendimento muito urgente. “As crianças são chamadas, através do intercomunicador, de acordo com o grau de prioridade atribuído e não por ordem de chegada. A criança pode ser acompanhada pela mãe ou pelo pai, ou por uma pessoa de referência, devendo estas, para tal, estarem munidas da pulseira de acompanhante. (Diário da República, Lei n.º 33/2009, de 14 de julho. Após a avaliação o médico poderá decidir por uma das três decisões:” (SNS, 2018)

- Dar alta com base apenas em elementos de ordem clínica (fornecidos por si e decorrentes do exame clínico).
- Requisitar exames complementares de diagnóstico/terapêutica.
- Proceder ao internamento da criança.

Cada pulseira tem um circuito definido:

Atuação de Enfermagem
Vermelho – Após triagem, o enfermeiro coloca a pulseira de cor VERMELHA a todos os utentes pediátricos que necessitam de atendimento Emergente/Muito Urgente (0 min. /10 min.). Os «vermelhos» habitualmente entram diretamente na Sala de Reanimação.
Amarelo – Após triagem, o enfermeiro coloca a pulseira de cor AMARELA a todos os utentes pediátricos que necessitam de atendimento Urgente (60 min.)
Azul – Após triagem, o enfermeiro coloca a pulseira de cor AZUL a todos os utentes pediátricos que necessitam de atendimento Pouco Urgente/Não Urgente (120min. / 240 min.)
Especialidades - Após triagem, o enfermeiro coloca a pulseira de cor PRATA a todos os utentes pediátricos que necessitem de atendimento por Especialidades como sejam: Cirurgia, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia ou outra.
Acompanhante – O enfermeiro coloca a pulseira de cor ROSA, na triagem, esclarecendo que esta será a pessoa que poderá permanecer dentro da UUP e, se necessário, acompanhar o utente pediátrico fora da UUP para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou observação por outras especialidades.
Internamento – No que se refere à colocação de pulseira no internamento (Unidade de Internamento de Curta Duração) segue-se o «Procedimento de Identificação do Doente», isto é, o enfermeiro coloca a pulseira fornecida e devidamente preenchida pelos serviços de secretariado.

Após a avaliação na sala de triagem a criança volta para a sala de espera, acompanhada pelos seus pais/prestadores de cuidados e aguarda que seja chamada para o atendimento médico. Em casos de maior necessidade de vigilância, a criança fica deitada numa das macas no interior desta Unidade, fazendo-se sempre acompanhar por um acompanhante/pessoa de referência. Em casos de febre alta ou falta de ar os pais poderão entrar na sala de Interior onde se fará a avaliação da criança.

Posteriormente à avaliação pela parte médica poderão ocorrer diversas situações dependendo das necessidades da criança: prestação de cuidados de enfermagem, exames complementares de diagnóstico, admissão na (SO), transferência para o Serviço de Internamento de Pediatria ou para outras instituições, ou ter alta para o domicílio. Na (SO) há 5 camas para crianças, uma sala de Isolamento e instalações sanitárias para pais e crianças.

Existem, no entanto, exceções a este circuito, como os casos que entram diretamente para a Sala de Reanimação (ex.: convulsões, politraumatizados) para ter tratamento; se se verificar que a criança/jovem vai ser admitida na (SO) da UUP, a mesma entra acompanhado por um dos pais ou do prestador de cuidados e do enfermeiro que realiza o acolhimento da mesma. *“Após a alta e antes de abandonar o Serviço de Urgência deve dirigir-se ao secretariado administrativo para validar a documentação entregue, se necessário, ou para pedir justificação da presença. Deverá, ainda, estar seguro de ter compreendido todas as recomendações que lhe foram efetuadas e ter em conta que a vigilância da situação de doença não acaba com a alta da urgência hospitalar devendo, sempre, ser-se observado pelo médico assistente, numa consulta, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários”* (SNS, 2018).

A UUP é, funcionalmente, organizada de acordo com as seguintes estruturas:

Sala de Triagem: A UUP existe para dar uma resposta rápida no atendimento de situações de risco para a saúde e vida das crianças, porque quanto mais grave for a situação de doença mais rapidamente tem de ser atendida. A triagem de enfermagem garante um atendimento adequado à situação clínica, permitindo a identificação da prioridade e do tempo alvo até à observação médica, assim como o encaminhamento para outras especialidades.

Sala de Reanimação: As crianças/jovens em situação de emergência são diretamente encaminhadas para a Sala de Reanimação. A equipa multidisciplinar é ativada através de um sinal sonoro (campainha existente na referida sala). São prestados cuidados emergentes que visem estabilizar ou restabelecer o estado de saúde da criança/jovem em situação crítica. Os registos são realizados no sistema informático *Alert®* e contêm informações detalhadas das intervenções médicas e de enfermagem, uma descrição dos resultados clínicos, laboratoriais e de radiologia, detalhes sobre as

informações transmitidas às crianças/jovens/família em todo o processo. O registo está disponível, de modo a permitir uma continuidade de cuidados de qualidade.

Sala de Sub-Espera: A Sala de Sub-Espera é utilizada para crianças/jovens que necessitam de vigilância de enfermagem e isolamento. Caso não existam camas disponíveis em UICD a criança/jovem fica em maca na sub-espera, sendo que se dá sempre prioridade a crianças que necessitem de cuidados que impliquem o uso das rampas de oxigénio ou de vácuo.

Sala de Aerossóis: as situações de dificuldades respiratórias moderadas a graves, avaliadas na triagem, são encaminhadas para a sala de Aerossóis para vigilância de enfermagem e realização de Oxigenoterapia se necessário, aguardando a observação médica nesta sala.

Sala de Tratamentos: As crianças/jovens que apresentam feridas e/ou queimaduras ligeiras a moderadas são encaminhadas para esta sala para prestação de cuidados de enfermagem e observação médica durante os procedimentos, se necessário. Nesta sala são ainda realizados todos os procedimentos de enfermagem e médicos necessários, nomeadamente, punções venosas, aspiração de secreções, algaliações, punções lombares, entre outros.

Na emergência também existem outras especialidades, sendo encaminhadas para estas após a triagem, se necessário:

Cirurgia: Sempre que seja necessária a observação da criança/jovem pela Cirurgia, é solicitada a sua colaboração através do Sistema Alert® ou por via telefónica. Existe uma equipa de Cirurgia Geral escalada na Urgência Geral que dá apoio à Urgência Pediátrica. A criança/jovem é posteriormente observada na Sala de Pequena Cirurgia da UUP, uma sala devidamente equipada com material apropriado para atendimento de crianças que necessitam da intervenção da cirurgia em situações que não seja necessário recorrer ao Bloco Operatório. Assim, após a triagem de enfermagem, sempre que a criança necessite de ser observada pela Cirurgia é de imediato encaminhada para a especialidade de Cirurgia. Dada a existência desta sala, o cirurgião de urgência desloca-se à UUP para observar e cuidar da criança/jovem em parceria com a equipa de enfermagem da UUP.

Ortopedia: A observação por Ortopedia será requisitada via *Alert®* através do pedido de transferência de responsabilidade. O Ortopedista poderá transferir posteriormente a responsabilidade para o Pediatra se clinicamente assim o entender. A criança/jovem é observada no balcão de ortopedia situado na Urgência Geral, sendo acompanhada pelo AO.

Oftalmologia e ORL: A observação por qualquer uma destas especialidades é requisitada via *Alert®* através do pedido de transporte. No caso de não se pretender uma transferência de

responsabilidade, o Pediatra poderá solicitar apenas um parecer médico via este sistema. Em qualquer uma das opções será sempre necessário efetuar um desvio no sistema para a sala de destino da criança/jovem, ou solicitar também esta via um transporte da criança/jovem ao assistente operacional. As especialidades de ORL, Oftalmologia, encontram-se situadas na Consulta Externa e têm horário próprio. Fora do período de funcionamento destas especialidades compete ao pediatra a sua avaliação e encaminhamento posterior, consulta externa ou transferência externa.

Outras Especialidades que em caso de necessidade são chamadas à UUP são Anestesia, Cardiologia, Ginecologia, Neurologia, Gastroenterologia, Psiquiatria. Os especialistas destas áreas, a quem pode ser pedida colaboração nos cuidados a prestar à criança/jovem, deslocam-se à UUP ou é o doente que se desloca às suas áreas de atendimento próprio dependendo das circunstâncias e do motivo do pedido. Existirá sempre um contato médico prévio. A sua colaboração depende da idade do doente e da patologia.

Na UUP são vários os exames complementares de diagnóstico solicitados:

Exames Laboratoriais: As requisições de análises realizadas para o laboratório de urgência são efetuadas via *Alert®* e os seus resultados lançados pelos técnicos de laboratório. Todas as análises serão colhidas pelos técnicos, exceto as análises em contexto de reanimação, em crianças até aos 2 anos de idade e nas que necessitam de acesso venoso. As colheitas efetuadas pelo enfermeiro geram um pedido de transporte do Assistente Operacional (AO) para o laboratório. Este transporte é realizado pelo AO, e o técnico só o dá como terminado após a leitura do código de barras da amostra. As análises processadas no laboratório central serão requisitadas em impresso próprio em papel, como por exemplo os exames culturais e serologias.

Exames de Imagem (Imagiologia): Toda a requisição de exames é realizada via *Alert®*, cabendo ao técnico/médico validar como concluído o exame e solicitar o transporte da criança ao AO. O pediatra saberá através do *Alert®* se o exame ainda está em execução ou se foi concluído.

Electrocardiograma (ECG): Para a realização deste exame complementar de diagnóstico, o médico requisita o ECG via *Alert®* e a requisição surgirá no perfil de técnico de cardiopneumologia. Este encontra-se na Urgência Geral e deslocar-se-á à UUP para a realização do respetivo exame. A UUP possui um aparelho para realização de eletrocardiograma, que se encontra na sala de reanimação. Caso o técnico esteja indisponível ou não se encontre no seu horário de trabalho será o médico a realizá-lo.

A criança/jovem que esteve na UUP, e tendo a sua situação de saúde esclarecida/restabelecida, terá alta para o domicílio acompanhada pelos seus familiares/acompanhantes sendo referenciada ao

seu médico assistente, médico de medicina familiar, consulta externa de pediatria ou de outra especialidade. Como enfermeiros especialistas devemos estar despertos para a necessidade de antecipação dos problemas com o intuito de os prevenir e promover a saúde, procurando a articulação e continuidade de cuidados sempre que possível.

2.3.3. Síntese reflexiva das aprendizagens

Cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e o conhecimento de saúde/doença, interações ambiente/pessoa. Para cuidar melhor é necessário conhecer-se enquanto pessoa e enfermeiro, ter um real conhecimento das nossas capacidades e limitações para negociar cuidados de saúde com o cliente (Watson, 2002, p,55).

Atendendo ao autoconhecimento, aos objetivos de estágio e necessidades do contexto clínico, reunimos com a professora e enfermeira orientadora sobre os objetivos pessoais de estágio e a problemática a dar mais enfoque, como já referimos, assentou na importância dos cuidados de enfermagem para a criança e família com problemas respiratórios bem como na importância da partilha de informação para melhorar a qualidade de cuidados à criança e família no dia a dia, no âmbito das competências do EEESIP, que **“presta cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”**.

Como futura enfermeira especialista acresce-nos a responsabilidade nos cuidados à criança/família e, conseqüentemente, na comunicação terapêutica com a finalidade de promover a sua autonomia. Assumimos, assim, o dever de continuar a desenvolver as nossas competências relacionadas com esta dimensão.

O processo de enfermagem representa o principal modelo de desempenho da prática profissional, organização dos cuidados e documentação dos mesmos. Segundo a International Council of Nurses (2005), os processos de enfermagem englobam os seguintes elementos: O que fazem os enfermeiros (ações e intervenções de enfermagem), tendo como base os julgamentos sobre os fenómenos humanos específicos (diagnóstico de enfermagem), com vista a alcançar os resultados esperados (resultados de enfermagem).

No decorrer do estágio, nos dois locais de estágios diferentes, a nossa atuação assentou sempre neste princípio, realizámos sistematicamente a observação direta da criança e tivemos em atenção a informação fornecida pela família com a finalidade de fazer um constante levantamento de

necessidades e consequente diagnóstico de enfermagem. Com a elaboração do diagnóstico foram planeados os cuidados, assentando numa negociação constante com a família, com a finalidade da otimização do estado de saúde da criança e promoção da saúde. Após cada intervenção efetuada era realizada uma avaliação da mesma com o intuito de avaliar a necessidade ou não da sua repetição/continuidade. Resumindo, efetuámos a avaliação inicial, identificámos diagnósticos de enfermagem, planeámos e elaborámos planos de cuidados, executámos, avaliámos e registámos as intervenções realizadas. Aquando cada intervenção à criança realizámos o seu respetivo registo, em suporte de papel disponível nos serviços, utilizando uma linguagem CIPE. Como refere Hockenberry & Wilson (2006), o processo de enfermagem é um método de identificação e resolução de problemas que traduz realmente o que o enfermeiro faz.

Para Macphail (2001, p.3), *“a enfermagem de internamento pediatria e urgência de pediatria é a prestação de cuidados a pessoas de qualquer idade e que manifestam alterações do seu estado de saúde físico ou psíquico, percecionados ou reais, não diagnosticados ou que necessitam de outras intervenções”*. Segundo o mesmo autor, o enfermeiro deve ter em conta as atitudes por parte do cliente e respetiva família perante um problema de saúde real ou potencial, não se focando apenas na doença, mas também nos focos emocionais e sentimentais.

No contexto de internamento, os cuidados mais frequentes incidiram em crianças com infeção respiratória. Sempre que a deteção de uma necessidade de ensino surgia, este era efetuado e à posteriori era registado em folha própria, onde ficava também registada e planeada a necessidade de reforço do mesmo.

Em contexto de urgência, assistimos 85 crianças/famílias de foro médico, cirúrgico, triagem e observação. Os focos mais comuns de recorrência a este serviço foram a infeção respiratória, febre, vómitos, diarreias e dor abdominal. Apesar de o estágio em contexto de urgência ter decorrido no período de inverno, no mês de dezembro, pudemos verificar que este foi um ano atípico, uma vez que a prevalência de febre, vómitos, diarreias e dores abdominais foi muito superior às infeções respiratórias, como é habitual nestas alturas do ano.

A triagem de um serviço de urgência procura assegurar que os clientes sejam assistidos por ordem de prioridade clínica, podendo esta obedecer a um modelo próprio, sendo o mais comum o sistema de Triagem de Manchester. No entanto, no Serviço de urgência onde decorreu o estágio é utilizado um sistema informático próprio que deixa em aberto a observação do enfermeiro, a avaliação dos sinais vitais e as prioridades são estabelecidas pelos enfermeiros. Este tipo de triagem exige do enfermeiro um essencial treino de observação para poder identificar necessidades específicas da criança e grande

capacidade de incorporar conhecimentos técnico-científicos, para desta forma sustentar a tomada de decisão. Devido à sua especificidade e à importância que a triagem assume em contexto de urgência assumiu-se como um outro foco de interesse. Aqui deparámo-nos com a possibilidade de aperfeiçoar algumas competências importantes, o diagnóstico de situações urgentes/emergentes, despiste de sinais e sintomas menos visíveis e o estabelecimento de prioridades.

Com o intuito de minimizar o impacto negativo na criança da prestação de cuidados neste contexto, utilizámos como estratégias a promoção de um ambiente o mais confortável possível, tendo uma atitude de empatia, perguntávamos aos pais algumas das características dos seus filhos para podermos agir de forma mais individualizada, recorremos a meios de distração e brincadeiras, utilizando a imaginação para proporcionar momentos de humor. Para atuar na diminuição de stress vivenciado pelos pais/família informámo-los do estado do seu filho, explicámos todos os procedimentos realizados, como seriam realizados e quais as suas finalidades, possibilitando que mantivessem o papel de principais cuidadores.

Os processos de transferência neste contexto eram maioritariamente para o serviço de internamento pediátrico do mesmo hospital, em que a criança era acompanhada até ao respetivo serviço por um assistente operacional e a enfermeira do serviço de Urgência passava a informação clínica da criança por telefone à enfermeira do internamento. No que respeita a transferências extra-hospitalares pudemos observar e colaborar na transferência de uma criança para outro hospital, sendo a criança transportada pelo INEM pediátrico. O acompanhamento de todo este processo permitiu perceber quais os passos a tomar e de que forma é que o enfermeiro pode intervir.

Na Urgência Pediátrica foram muitos os ensinamentos feitos à criança e família, os quais eram avaliados através da verbalização dos mesmos. Uma vez que o contacto era de curta duração, não era possível observar a alteração de comportamentos. As problemáticas mais comuns de ensino foram os cuidados a prestar à criança com infeção respiratória, educação para a saúde sobre sinais e prevenção da infeção respiratória, alimentação saudável, prevenção de acidentes, higiene das mãos e dos alimentos.

A prestação de cuidados no Hospital configura-se como muito complexa. Existe uma rede de comunicação estabelecida dentro da equipa de saúde, caracteristicamente intensa e a ocorrer ininterruptamente, sem a qual não é possível prestar cuidados à criança e família, de forma contínua. Como referimos no início deste capítulo, o contexto onde decorre toda a ação inerente ao Departamento de Pediatria permite compreender, de um modo geral, a filosofia incorporada na organização e o modo de estar profissional dos diferentes profissionais. Mas de facto, apenas com a passagem dos dias, pudemos identificar e compreender o modo como esses mesmos profissionais tornam possível a

prestação de cuidados às crianças com doenças de domínios tão diversos. Esta polivalência faz mobilizar um conjunto vastíssimo de outros recursos, que ultrapassam as barreiras deste serviço e frequentemente até da própria instituição hospitalar. Entender esta polivalência (na medida do que foi possível observar) enriqueceu verdadeiramente a nossa compreensão sobre a experiência da doença na criança. Isto porque permite-nos atualmente entender melhor o circuito complexo que uma criança e família realizam, quando é necessário o internamento ou acompanhamento hospitalar.

Quando mencionamos este aspeto é inevitável lembrar o primeiro estágio, no qual as crianças/família recorriam ao Centro de Saúde na sua convalescença. Podemos afirmar que este estágio contribuiu certamente para ampliar a nossa compressão sobre a relação entre cuidados e competências profissionais, no que diz respeito à prossecução dos cuidados decorrentes dessas mesmas experiências profissionais, no que diz respeito à prossecução dos cuidados decorrentes dessa mesma experiência hospitalar. O contacto próximo com as crianças e família foi particularmente indispensável para a aprendizagem e simultaneamente muito gratificante. Questionámo-nos, frequentemente, como encarar esta relação terapêutica numa perspetiva mais exigente. Exigência que se prende, obviamente, com a especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Passamos de seguida a descrever como desempenhámos as atividades propostas em estágio e no âmbito do projeto. Iniciámos com a pesquisa bibliográfica e (re)leituras de forma a mobilizar e aplicar conhecimentos que auxiliem o processo ensino-aprendizagem.

Relembramos o momento da Passagem de Turno. É de facto um momento de encontro da equipa de enfermagem de grande importância. Traduz-se numa ocasião de aprendizagem e formação insubstituível para o estágio em causa. Além da sua reconhecida importância, enquanto momento gerador de partilha da informação sobre o estado clínico e sócio psicoafectivo da criança e família com vista à continuidade dos cuidados, é fonte de conhecimento que se expõe pela verbalização e pela comunicação entre os enfermeiros, que relacionam esses conhecimentos com novas ou menos usuais patologias, estratégias de conforto e *coping* das famílias face à hospitalização, medidas terapêuticas, entre outros. Assim esta atividade foi continuamente realizada paralelamente à nossa necessidade de consolidação e reintegração de conhecimentos. Só esclarecendo as dúvidas relacionadas com a situação de determinada criança pudemos entender o planeamento ou, pelo menos, de modo mais esclarecido, o plano de cuidados definido.

Os documentos consultados foram principalmente dicionários de conceitos clínicos, de todos os domínios que integram o cuidado holístico ao ser humano, para além de livros de referência. Foram também objeto de consulta obras e artigos que visassem o planeamento de cuidados.

Para ilustrar um pouco a especificidade de doenças das crianças internadas durante estes períodos de estágio, enumeramos de seguida alguns exemplos:

- Infecção respiratória;
- Criança com Febre;
- Gastrites;
- Criança com vômitos.

A necessidade de compreender estas situações, entre todas as outras, conduziu-nos a uma permanente atualização de conhecimentos. Concluímos, portanto, que concretizámos esta atividade com sucesso.

Pudemos observar, igualmente, o modo como toda a equipa reconhece a importância da família na manutenção do bem-estar da criança e une esforços para proporcionar sempre condições para a sua recuperação e maximização da saúde. A família é igualmente alvo dos cuidados, na medida em que é aceite que o sofrimento inerente à doença se estenda, de forma intensa, aos elementos de referência da criança e que, portanto, os mesmo podem necessitar de acompanhamento. Nesta perspetiva refletimos sempre, tendo como aceite que os cuidados que prestamos visam, na maioria das vezes, duas grandes entidades, a criança e a família.

Durante todo o percurso, fomos acompanhadas pelas enfermeiras orientadoras, que tiveram sempre um modelo de aprendizagem, numa perspetiva promotora e corretiva.

No âmbito do projeto, como referido, o nosso foco foi a prevenção da infeção respiratória e os cuidados de enfermagem inerentes a esta situação. Assim, durante o internamento a nossa intervenção de enfermagem teve como foco de cuidados de enfermagem a criança com infeção respiratória (desde a administração de medicamentos, avaliação de sinais vitais, posicionamento da criança para ajudar a respirar melhor, realização de exame físico, colocação de oxigénio suplementar de acordo com a necessidade, resposta a dúvidas da criança e família, entre outros). Na unidade de urgência a nossa intervenção de enfermagem teve como foco a avaliação de sinais de alarme de infeção respiratória, observação de sinais vitais e educação para a saúde para a criança e família, individualmente quando possível. Para promover a saúde respiratória realizámos um folheto relativamente à temática (Apêndice V).

O objetivo de realizar intervenções de enfermagem na criança e família com infeção respiratória é essencial para minimizar as taxas de mortalidade da infeção respiratória das crianças. A perícia desenvolve-se quando o profissional (DGS, 2018)”, tenta e refina propostas, hipóteses e as expectativas

fundadas sobre os princípios, em situação da prática real”, sendo por isso a experiência necessária para o alcance de perícia.

As intervenções de enfermagem na criança e família com problema respiratório visam a capacitação dos pais como agentes de autocuidado dependente das crianças internadas e a supervisão dos seus cuidados para atingir a qualidade dos cuidados prestados e a continuidade dos mesmos. O papel do enfermeiro especialista junto da criança é crucial. Hockenberry & Wilson (2014, p,12) refere que a enfermeira especialista “actua como modelo de referência na prática da equipa clínica, como pesquisadora para validar as observações e intervenções de enfermagem, como agente de mudança dentro do sistema de atenção à saúde e como consultora, professora na equipa de saúde.” Sendo assim, o enfermeiro deve ter presente o estágio de desenvolvimento da criança, para adequar a linguagem ao grau de pensamento e compreensão.

Independentemente da sua idade, as componentes não verbais são as que transmitem as mensagens mais significativas da criança, pois esta presta muita atenção aos gestos, expressões das pessoas e é difícil disfarçar sentimentos, emoções e apreensões (Hockenberry & Wilson, 2014).

Para intervir nesta situação como enfermeira especialista de enfermagem de saúde infantil e pediátrica é essencial ter em conta a comunicação com estas crianças/família, a relação estabelecida, a promoção de estratégias de alívio, os sinais de alarme respiratório e sinais de alarme de febre, a capacitação das crianças e família para a aceitação e resolução da situação de doença, bem como para a adoção e aceitação de estratégias; o acompanhamento durante os diferentes estádios da doença e o desenvolvimento de estratégias permitem a diminuição do impacto da hospitalização, competências que fomos desenvolvendo.

O Hospital abrange uma população diversa do ponto de vista cultural, sendo que a pediatria tem internamento de crianças de diferentes etnias e culturas. Também aqui nos foi permitido desenvolver competências que proporcionassem uma melhor adequação dos cuidados. O aprofundar de conhecimentos sobre outras culturas e a própria vivência com a criança e família de outras culturas e etnias foram decididamente enriquecedores para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

Podemos ainda referir diversas situações de criança que ficam hospitalizadas quer por situações do foro social, quer por situações de doença crónica, nomeadamente do foro respiratório. Esta situação também foi muito significativa para esclarecer a atuação de enfermagem, para além de se constituir como muito marcante para o nosso desenvolvimento profissional, teve também um grande impacto a nível pessoal.

O serviço de pediatria em Portugal tem ao longo dos anos investido na adequação do espaço aos diferentes estádios de desenvolvimento da criança/jovem, criando, nomeadamente, sala de atividades direcionadas a crianças em idade pré-escolar escolar e pré-adolescente/adolescentes.

Esta situação permitiu o desenvolvimento da capacidade de comunicação e a linguagem utilizada, a adequação dos cuidados, a forma como é fornecida a informação sobre a situação de doença, o respeito pelos direitos da criança e jovem e o desenvolvimento de atividades e intervenções que diminuem o impacto da hospitalização.

O desenvolvimento destas competências pode ser adquirido ao longo dos anos através do aperfeiçoamento das competências de enfermeira de cuidados gerais, da aquisição de autonomia para a tomada de decisão fundamentada, da constante pesquisa e aquisição de novos conhecimentos na área específica da saúde infantil e pediátrica, da adaptação ao “mundo da pediatria” e integração na equipa multidisciplinar, do reconhecimento do binómio criança/família e da parceria de cuidados, da participação de ações que visem a promoção de saúde e a melhoria dos cuidados e da participação em sessões de aprendizagem.

Assim, ao longo do estágio, consideramos ter desenvolvido competências comuns de enfermeira especialista, nomeadamente no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, promovendo **“uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”** e **“práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”** Documento OE, atualizar (OE, 2019).

Considerando ainda as competências comuns ao enfermeiro especialista, nomeadamente, a integração em grupos de cuidados de enfermagem terapêutica para crianças internadas e a prática de cuidados de enfermagem especificamente para criança e família com infeção respiratória, com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem à criança/família, consideramos ter desenvolvido competências no âmbito de gestão da qualidade e da gestão de cuidados, nomeadamente, quando **“cria e mantém um ambiente terapêutico seguro, gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional e adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”** (OE, 2019).

Consideramos que através deste percurso pudemos não só adquirir novas competências comuns e específicas, como também consolidar as que já se encontravam parcialmente desenvolvidas.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO EEESIP E DE MESTRE

Considerando a Enfermagem como uma disciplina que tem como missão servir os outros, a prática assistencial do enfermeiro na área da Pediatria tem como centro dos cuidados a criança, o jovem e a família. Face a estes intervenientes no processo de cuidar, foi utilizado como referencial teórico a Teoria Leininger, para além de termos mobilizado contributos pertinentes da Filosofia de Cuidados Centrados na Família. Planeámos processos de trabalho e atividades a realizar, refletindo sobre a prática de Enfermagem, de modo a “desenvolver novos esquemas de ação” e mobilizando conhecimentos baseados na evidência científica (Serrano, 2011, p.8).

Os modelos referenciais utilizados permitiram definir a nossa prática de cuidados através da “identificação de problemas com relevância clínica”, desenvolver intervenções e identificar quais os resultados pretendidos, por forma a permitir uma prática baseada na evidência e orientada para o cliente (Serrano, 2011).

A utilização de contributos provenientes de diferentes sistemas conceptuais permitiu um modelo de sustentação da prática de Enfermagem coerente, que suportou a concretização de objetivos e a consecução de resultados positivos da prática de cuidados de Enfermagem (Serrano, 2011).

Ao longo do estágio sempre mantivemos o envolvimento dos pais que participaram nos cuidados aos filhos, atendendo às suas necessidades e aspetos culturais, o que nos conduziu ao desenvolvimento de conhecimentos para cuidar da criança e família com cultura de cuidados diferente.

Durante o Estágio Final, em contexto hospitalar, focámo-nos nas crianças com doença respiratória, algumas das quais com o diagnóstico de doença crónica, o que constituiu um grande desafio para os enfermeiros que para além de promoverem a saúde e prevenirem a doença, devem fomentar processos de adaptação perante a mudança contínua, no sentido de satisfazer as necessidades e promover a máxima independência na realização das atividades de vida da pessoa, ao longo do ciclo vital (OE, 2018).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define EEESIP como sendo aquele que possui “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, (OE, 2019). De acordo com a literatura, as doenças respiratórias são uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível nacional e mundial, com tendência para o aumento da sua incidência. Estas patologias são influenciadas por vários fatores ambientais, sociais e

comportamentais, que contribuem para o seu aumento (DGS, 2018). A criança é particularmente suscetível de desenvolver doenças respiratórias pois existem alguns fatores que favorecem essa evolução, como as características anatómicas e as especificidades fisiológicas. (Hockenberry & Wilson, 2014). A asma é a principal causa de morbilidade na infância e a doença crónica mais comum nesta faixa etária.

O EEESIP deve contemplar os cuidados centrados na criança e família de forma a dar resposta às suas necessidades, de modo a capacitá-los para “saber visionar e avaliar opções, planear estratégias e soluções muitas e identificar os comportamentos ou as ações para atingir os resultados “(Hoeman, 2011, p12.). Para tal, foi fundamental estabelecer parceria com a criança e família. A parceria é mais do que utente e profissionais concordarem com a intervenção, é essencial que o próprio tenha conhecimento aprofundados sobre a sua situação e saiba aplicar os conhecimentos que possui para conseguir gerir a situação da melhor forma possível. Deste modo, nos cuidados desenvolvidos como futura EEESIP envolvemos a criança e família em todo o processo de cuidados, tendo em consideração estas premissas, incentivar a participação dos cuidadores, avaliar e validar as suas necessidades e capacidades.

Durante os estágios partilhámos informação e colaborámos com a enfermeira orientadora e restantes profissionais na equipa, dando um contributo válido e pertinente para a avaliação das necessidades da criança/família e para a tomada de decisão relativamente à melhor atuação. Esta colaboração funcionou bem ao longo do estágio, realçou a importância do trabalho de equipa, afirmando que “o valor de uma equipa manifesta-se pela capacidade que o diferente prestador de cuidados desta equipa tem para, com os recursos de que dispõem, articular os meios de modo a oferecerem à população uma verdadeiro combinação de competências (OE, 2018).“ O trabalho em equipa é, assim, fundamental e desejável em qualquer contexto da enfermagem, pensamento que queremos introduzir e aplicar no nosso futuro profissional.

Relativamente à competência relativa ao cuidado de pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de cuidados delineou-se esse objetivo, em especial à criança/família com doença respiratória nos contextos hospitalares, e na resposta a todas as outras situações de crianças e famílias no estágio I, no âmbito da intervenção precoce ou na deteção de crianças em risco e/ou perigo.

Para todas as crianças com infeção respiratória, como é o caso de crianças com asma, tivemos particular atenção aos sinais de dificuldade respiratória, pelo que foi fundamental a observação da respiração, dando especial atenção ao ritmo, à profundidade e à frequência. A observação do tórax foi

importante para identificar a presença de tiragem (suprasternal, infracostal ou intercostal) e de assimetrias. Foi também necessário verificar a presença de sinais e sintomas característicos destas alterações, como a cianose, a obstrução nasal e as secreções. Nos sons identificou-se presença de rouquidão, gemido, estridor, pieira ou farfalheira. Foi desenvolvida a técnica da auscultação pulmonar, avaliando a presença de murmúrio vesicular ou ruídos adventícios como sibilos, roncos ou estridor.

Ao longo do processo tivemos diversas oportunidades de avaliar sinais do esforço respiratório, auscultação pulmonar, avaliar os parâmetros vitais e fazer a observação contínua do estado geral da criança. Nesta avaliação aproveitámos para educar para a saúde a criança e família. Nos utentes com infeção respiratória, para além das técnicas acima mencionadas, foram também realizadas manobras de limpeza das áreas entupidas, como narinas com secreções, dirigidas ou limpas com soro fisiológico, e tosse dirigida ou assistida com aspiração de secreções. Estas técnicas foram implementadas com o objetivo de assegurar a permeabilidade das vias aéreas através da mobilização e eliminação de secreções, melhoramento das trocas gasosas e prevenir ou minimizar complicações decorrentes da infeção respiratória. (Hockenberry & Wilson, 2014).

A reflexão sobre a atividade e aprendizagem leva a um conhecimento maior da nossa atuação profissional. Esta reflexão sobre a ação vai possibilitar transformar o conhecimento de aprendizagem, o que poderá levar a uma mudança da minha vida profissional no futuro.

A intervenção do EEESIP na criança com doença respiratória é uma área muito desafiante, considerando as especificidades de cada patologia e as particularidades do desenvolvimento da criança. Para atingir o objetivo é fundamental criar uma relação de confiança com a criança e família e realizar uma concordância simples, de modo a adequar o plano de intervenção às características e necessidades de cada uma. Inerente ao cuidar da criança está a família, sempre presente e participativa nos cuidados, contribuindo assim para o desenvolvimento dos cuidados em parceria.

Ao longo do estágio atingimos as competências específicas de enfermeiro especialista e competência de mestre. Apesar de terem sido trabalhadas e atingidas, foi nas competências comuns que houve maior dificuldade, nomeadamente relativamente à gestão, pela inexperiência, e pela profunda diferença de cultura de cuidados de saúde à criança, à cultura de uma forma geral e até mesmo à diferente responsabilidade profissional do enfermeiro verificados entre Portugal e Timor-Leste.

Competências comuns de Enfermeiro especialista: Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal
--

Este domínio implica um exercício da atividade profissional seguro e ético, com recurso a habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Envolve ainda uma prática com respeito pelos direitos humanos, análise e interpretação em situações específicas de cuidados especializados, com a responsabilidade de gestão de situações potencialmente comprometedoras para os clientes durante todos os contextos de estágio. Respeitámos, em todas as situações de prestação de cuidados e de tomada de decisão, os princípios contidos no regulamento do exercício profissional do Enfermeiro e os valores, direitos e deveres defendidos pelo Código de Deontologia do Enfermeiro. Além disso, a nossa conduta de atuação norteou-se, também, pelos princípios éticos básicos, nomeadamente o princípio da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça.

Foi com base neste princípio que desenvolvemos a nossa prestação de cuidados, respeitando os valores universais na relação profissional e os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros. A OE (2019) serviu de guia da competência comum para as tomadas de decisão realizadas ao longo da nossa prestação de cuidados, procurando antecipar algumas situações que pudessem ocorrer durante o estágio. No decorrer do estágio mantivemos uma postura sensível ao envolvimento dos pais nos cuidados à criança, pois os pais são os melhores prestadores de cuidados da criança, no sentido que podem proporcionar o seu crescimento, como descreve Anne Casey no modelo de parceria. O desenvolvimento dos cuidados em parceria com os pais/família deve desenvolver benefícios para a criança, protegendo-a nos seus direitos, descritos na declaração universal dos direitos das crianças.

Foi com respeito e promoção dos direitos das crianças que a temática da promoção do conforto foi abordada. A convenção sobre os direitos das crianças defende o bem-estar como um direito da criança e visa “garantir-lhe proteção e os cuidados necessários ao seu bem-estar” (UNICEF, 2012), promovendo o superior interesse da criança.

Ao longo do estágio na UCSP foi possível promover um ambiente mais confortável e adequado possível à proteção dos direitos relativos ao desenvolvimento da criança, assim elaborámos e realizámos no hospital uma brincadeira no dia internacional da criança, com o objetivo de promover o desenvolvimento da criança e respeitar os direitos da criança. (UNICEF, 2012).

As intervenções de Enfermagem e tratamentos realizados em crianças foram sempre antecedidas de um consentimento livre e esclarecido por parte dos pais, e tendo em conta a opinião e referências das crianças com discernimento para tal. Exemplo disso, é a terapia medicamento de IV, quando

possível, demos oportunidade à criança de escolher a posição mais confortável, se sentada na cadeira ou a dormir na cama.

Neste sentido procurámos envolver sempre as crianças nos cuidados, escutando os seus desejos e preferências, no entanto, nos casos em que a evidência científica demonstrasse ser mais benéfica uma intervenção oposta ao manifestado pela criança, era necessário ajustar a capacidade de tomada de decisão das crianças com o seu estado de desenvolvimento e adaptar a intervenção realizada para benefício da criança, pois do ponto de vista ético evidencia-se o superior interesse da criança, e atribuiu-se a decisão da intervenção exclusivamente ao autor legal, salvo exceções previstas na lei (Leal, 2006). Foi possível manter uma prática eticamente correta, existindo um balanço entre o princípio da autonomia e o princípio do benefício, com a principal finalidade de gerir o superior interesse da criança.

<p>Competências comuns de Enfermeiro especialista: Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade</p>

Como EEESIP, procuramos ser um agente dinamizador no desenvolvimento de iniciativas e projetos, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O desenvolvimento da análise e planeamento de projeto na área de intervenção EEESIP para melhoria da qualidade foi conseguida através do desenvolvimento de atividades específicas em cada local de estágio e da atividade transversal de estágio, tendo como suporte os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança/jovem e família, que “constitui-se para os enfermeiros especialistas nesta área de especialização como uma oportunidade de aprendizagem, que estimula a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoia os processos de melhoria contínua da qualidade” (OE,2018).

Na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), o projeto da promoção de saúde sobre higiene oral, dirigido às crianças na escola, teve como objetivo aumentar o conhecimento da e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.

Nos serviços de internamento pediátrico e urgência pediátrica, o projeto de promoção de saúde sobre infeção respiratória dirigido aos pais e crianças permitiu o envolvimento e parceria de cuidados, previstos nos cuidados de enfermagem especializados, a partir da filosofia de cuidados centrados na família.

Ensinámos a criança e os pais sobre prevenção da infeção respiratória e tratamentos, procurando a participação dos pais ou pessoa significativa/prestador informal de cuidados,” nos cuidados com a

criança com infecção respiratória” através de um paradigma integrado e holístico, estabelecendo uma comunicação onde predomine a partilha de conhecimentos.

Neste sentido, contribuímos para a promoção das competências parentais, previsto no enunciado descritivo do bem-estar, e do autocuidado dos padrões de qualidade da área de especialização.

Os trabalhos de aprendizagem, no contexto teórico do mestrado, permitiram o desenvolvimento e consolidação de conhecimentos específicos passíveis de serem aplicados no contexto de prestação de cuidados, mantendo assim o conhecimento atualizado, e garantido uma prestação de cuidados efetivos e de qualidade. Por outro lado, o trabalho de aprendizagem teve como objetivo aplicar esses conhecimentos e práticas em Timor.

Ao longo do estágio procurámos criar um ambiente terapêutico e seguro, respeitando as individualidades de cada criança e família, no que diz respeito à sua cultura, crenças e necessidades espirituais. Os cuidados centrados na família e os cuidados transculturais formam o modelo que esteve sempre inerente à prestação dos cuidados, permitindo o envolvimento da família na resposta às

necessidades da criança/jovem e família.

A promoção de um ambiente terapêutico e seguro sugere-nos inerentemente o controlo de infeção, o enfermeiro e todos os profissionais de saúde devem ser responsáveis por adotar medidas que impeçam a transmissão de infeções, sendo este um conhecimento adquirido e mais que debatido em todas as instituições de saúde. No serviço de internamento de pediatria existiam crianças em quartos de isolamento, à porta dos quartos existia o material de proteção individual necessário que deveria ser utilizado por todos os profissionais que entrassem em contacto com a criança/jovem.

A criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro remete-nos para questões relacionadas com a prevenção de acidentes, já que no ambiente hospitalar o enfermeiro é responsável pela prevenção dos mesmos e responsável pela capacitação dos pais neste âmbito.

<p>Competências comuns de Enfermeiro especialista: Competências do domínio da gestão dos cuidados</p>
--

Ao longo do estágio pudemos compreender as funções de responsabilidade de EEESIP no local de serviço, colaborando e refletindo em tomadas de decisão com a enfermeira orientadora. A escuta atenta durante a passagem de turno é o ponto de partida para ter conhecimento da situação geral do serviço. Esta tomada de conhecimento é imprescindível para tomar decisões ponderadas sobre situações que possam acontecer ao longo do turno, relacionadas com a prestação de cuidados.

No contexto de estágio, durante a prestação de cuidados, foi necessária uma gestão ao nível de propriedades de acordo com a situação clínica da criança e das suas necessidades.

Como sabemos, existem situações que requerem Abordagens emergentes no caso de situações que coloquem a vida em risco, existindo outras que requerem uma abordagem contínua de modo a manter a prestação de cuidados necessários para a recuperação. Num dos turnos realizados na unidade de cuidados internamento houve necessidade de gerir propriedades, e preparar a receção da criança com infeção respiratória, bem como preparar todo material necessário que permitisse uma prestação de cuidados eficaz. Neste sentido, foi ainda observado o espírito de liderança, em que um dos enfermeiros assumiu o papel de líder.

<p style="text-align: center;">Competências comuns de Enfermeiro especialista: Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p>
--

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro deve desenvolver o autoconhecimento e a assertividade (OE, 2019).

Ao longo do nosso desenvolvimento a nível profissional e pessoal consideramos que diariamente desenvolvemos o nosso autoconhecimento, fruto das experiências vivenciadas, sendo este um processo contínuo. Ao longo de todo o processo formativo, incluindo nos contextos das aprendizagens, o processo de autoconhecimento esteve sempre presente, visto as situações vivenciadas serem alvo de reflexão constante, através da observação e da própria atuação. Neste sentido torna-se também importante referir a importância dos momentos de reunião com os enfermeiros orientadores e com o professor orientador, que permitiram identificar e refletir sobre fatores que podem ser melhorados tanto a nível pessoal, como a nível profissional, e que permitem uma melhoria na prestação de cuidados, incluindo no desenvolvimento das relações interpessoais, com o cliente/família e equipa multidisciplinar.

Ao nível da assertividade consideramos, mais uma vez, que esteve presente durante o nosso desempenho, pois já é um aspeto inerente à nossa prática profissional. No local onde exercemos funções, num serviço de internamento, surgem muitas vezes situações de conflito que têm de ser geridas, com recurso essencialmente a uma comunicação assertiva. Também na relação e comunicação com colegas e restante equipa multidisciplinar é fundamental existir uma atitude e comunicação assertiva, onde podemos dar os nossos pareceres e a nossa opinião devidamente fundamentada.

<p>Competências Específicas de EEESIP: Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde</p>

A maximização de saúde da criança/jovem e família é um grande objetivo do EEESIP. Para conseguir trabalhar na promoção da saúde das crianças, temos de obrigatoriamente incluir os pais ou pessoas significativas, tendo em conta as necessidades especiais das crianças e a importância dos pais na vida destas. Trabalhar em parceria com a criança e a sua família é uma maneira de alcançar o objetivo, bem como o de desenvolver as competências parentais na promoção da saúde dos seus filhos. É com base no modelo de parceria de Anne Casey que se fundamenta o serviço de pediatria.

A promoção de um desenvolvimento infantil saudável consiste em ajudar a criança em parceria com a família, a ajudar que esta se desenvolva dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando os seus determinantes sociais. Para isso deve existir uma equidade no acesso aos serviços de saúde, assim como o reconhecimento e a capacitação dos pais/pessoas significativas, enquanto primeiros prestadores de cuidados (Hockenberry & Wilson, 2014).

O enfermeiro EEESIP é responsável pela promoção de saúde e do bem-estar da criança/família. Tem o dever de compreender a importância da prevenção da doença e a promoção da saúde para elaborar um plano de cuidados nesse contexto, tendo por base as diferentes fases de desenvolvimento da criança, que devem ter em conta a nutrição, vacinação, higiene oral, disciplina e educação.

Para otimizar a saúde das nossas crianças é importante conhecer quais são as necessidades específicas de cada uma tendo em conta a faixa etária em que se encontram. Neste sentido, ao longo do processo de aprendizagens, procurámos consolidar o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e as características de cada faixa etária, para encontrarmos respostas adequadas a cada situação de doença.

Possuindo conhecimento sobre as situações de doença, são proporcionados com maior segurança os conhecimentos e promoção de aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças e família na gestão de processos específicos de doença.

<p>Competências Específicas de EEESIP: Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade</p>

O EEESIP deve estar habilitado para cuidar de crianças em situações de especial complexidade, nomeadamente, em situações de urgência/emergência com capacidade de reconhecer situações de instabilidade e risco de vida da criança, i.e., crianças com dor ou com desconforto, crianças com

necessidade de terapias alternativas suportadas na evidência, crianças com doenças crônicas e com deficiência/incapacidade.

A nossa atividade responde a uma necessidade da criança/jovem e família, deste modo elaborámos um folheto de promoção de saúde para criança/jovem e família com infeção respiratória. Foi possível desenvolver uma prestação de cuidados personalizados, devido ao conhecimento aprofundado acerca da criança/jovem e família, adquirido na recolha de dados inicial e ao longo do internamento.

<p>Competências Específicas de EEESIP: Prestar cuidados específicos em respostas às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem.</p>
--

Nos cuidados de saúde primários, nas consultas de saúde infantil e juvenil na USCP, a avaliação do desenvolvimento infantil era suportada pela Escala de Avaliação de Mary Sheridan, referenciada no programa Nacional de saúde infantil e juvenil, constituindo-se como um instrumento de avaliação do desenvolvimento fiável e seguro, e preconizado pela Direção Geral de Saúde. Para uma intervenção eficaz na promoção do desenvolvimento infantil, primeiro o enfermeiro deve conhecer as diferentes fases de desenvolvimento da criança, e associar ao seu conhecimento um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização (OE.2018).

Nos cuidados de saúde a crianças em Portugal, nos cuidados de saúde primários (CUSP), todas as crianças devem ser submetidas a um rastreio e consultas, de modo a ser possível identificar precocemente o atraso do ritmo ou incapacidade de desenvolvimento. Assim é possível intervir adequadamente numa fase inicial, minimizando as consequências para a criança/família, favorecendo a sua qualidade de vida (DGS,2013).

Nas consultas de saúde infantil e juvenil, inicialmente o olhar a criança em contexto de doença encontrava-se presente, devido à nossa experiência profissional prévia. Existiu uma situação em que verificámos que uma criança apresentava sinais evidentes de malnutrição, estando também com cólicas. Procurámos junto da enfermeira orientadora compreender como atuar nesta situação. Este processo fez-nos refletir sobre a importância da rede de recursos comunitários de suporte à criança e família tanto em contexto de saúde como em contexto de doença.

Os conhecimentos adquiridos na área do desenvolvimento infantil e promoção da saúde na criança e família permitiu-nos estar mais atentos às questões inerentes ao desenvolvimento infantil, neste contexto tivemos oportunidade de elaborar a tabela de avaliação do desenvolvimento na Escala de Mary Sheridan.

Depois de passarmos pelo contexto das consultas de saúde infantil, sentimos a diferença ao olhar para a criança na perspectiva da promoção de saúde.

No serviço UCSP, colaborámos com os profissionais de serviço, elaborámos a atividade do hospital para o dia internacional da criança. Durante o estágio, a enfermeira orientadora deu-nos oportunidade de durante 3/4h nos juntarmos com a criança e família a conversar, brincar e ensinar no contexto da educação para a saúde. Esta atividade teve como objetivo o desenvolvimento da criança e a diminuição do medo da criança no tratamento.

Competências de Mestre

Como EEESIP e mestre na área de especialidade procurámos sempre uma atividade desenvolvida no contexto de estágio que tivesse como objetivo melhorar a qualidade de vida da criança /família e obter um ganho na qualidade em saúde.

A execução de um projeto de estágio transversal a quatro contextos tão distintos, atravessando dois níveis de prestação de cuidados, dos cuidados de saúde primários aos cuidados hospitalares, permitiu-nos atingir a competência de Mestre que se refere a “saber aplicar os seus conhecimentos e sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situação novas e não familiares, em contexto alargados, relacionados com a sua área de estudo”.

O processo de diagnóstico de situação realizado, fundamentado na metodologia científica de trabalho de projeto, contribuiu para definir de forma rigorosa as necessidades específicas nos diferentes contextos, dentro da mesma temática. Foram planeadas e executadas atividades durante o desenvolvimento do projeto que acreditamos terem contribuído para a resolução do problema, ou seja, promover o uso de intervenções não farmacológicas de alívio de dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida.

A habitual complexidade dos cuidados de Enfermagem prestados à criança/jovem e família, que impõe uma frequente prática reflexiva sobre as responsabilidades éticas e sociais, conduziu ao desenvolvimento da terceira competência de Mestre, na qual se enfatizam as capacidades de integrar conhecimentos e lidar com situações complexas. O desenvolvimento das competências comuns de Enfermeiro Especialista, especificamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, coadjuvou a aquisição desta competência de Mestre. Consideramos que a aquisição de competências de Mestre afigurou-se como um processo contínuo para o qual contribuiu todo o percurso de aprendizagens deste Curso de Mestrado em Enfermagem, quer na parte inicial, ao

nível teórico, quer na parte final, ao nível do contacto com a prática. Assim, durante a parte teórica, especificamente na Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem, realizámos um artigo científico de revisão integrativa.

O enfermeiro especialista deve saber aplicar o autoconhecimento e a assertividade, que sustentaram a atividade de promoção de saúde na escola de 1º ciclo. Estas competências permitem-lhe uma aprendizagem ao longo da vida de um modo fundamental, auto-orientado e autónomo.

O desenvolvimento do autoconhecimento permitiu-nos mobilizar os conhecimentos e competências adquiridas na área de saúde escolar, e no serviço de internamento em pediatria, para os contextos de desenvolvimento e aquisição de competência de mestre e especialista, responsabilizando-nos de serem os facilitadores da aprendizagem na área de especialidade.

Ao longo dos estágios sempre tentámos observar e aprender com a enfermeira orientadora e os restantes profissionais sobre os cuidados de enfermagem dos enfermeiros especialista em contexto de trabalho, bem como sobre o atendimento do enfermeiro e a reação das crianças e família. Neste último exemplo, refletindo no nosso futuro profissional enquanto EEESIP, reconhecemos que ainda temos muito que aprender e trabalhar, nomeadamente no à vontade para nos afirmarmos e assumir as competências que desenvolvemos nestes contextos. Aprender com a experiência de outro profissional é muito importante, tendo em conta que o novo conhecimento obtido com base na evidência científica, na investigação e na aplicação durante a prestação de cuidados potencia o crescimento pessoal e profissional na excelência do exercício em enfermagem.

As competências adquiridas na área da investigação ofereceram-nos ferramentas que permitem uma aprendizagem contínua ao longo da vida de um modo autónomo. Neste sentido, compreendemos a importância da investigação na procura de novos conhecimentos para aplicar no serviço, garantindo uma prestação de cuidados com base na informação mais correta e atual.

O terminar desta etapa de aprendizagem não é o fim, mas o início de um importante desafio, o da obtenção do grau de Mestre e do título de Especialista em Enfermagem.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Terminada que está mais uma etapa deste caminho, pensamos que com menor ou maior dificuldade se vão superando os obstáculos e atingindo o patamar seguinte. O estágio constitui, igualmente, um segmento de formação importante, uma vez que nos proporcionou várias oportunidades para aprender e desenvolver, integrar e aperfeiçoar saberes e competências adquiridos ao longo da fase teórica, inerentes ao desempenho de funções na área da enfermagem em saúde infantil e pediatria. Sentimos que as experiências vivenciadas nos permitem ter atualmente uma visão mais próxima dos serviços da comunidade que poderão dar apoio à criança/família, bem como da importância e riqueza, ainda muito por explorar, das suas reais potencialidades na Saúde da criança/família.

Numa visão global, este estágio representou um momento extremamente importante na nossa formação. Pudemos, através dele, fortalecer os nossos conhecimentos de enfermagem na área hospitalar, agora numa visão centrada na prestação de cuidados de maior complexidade. Reforçamos mais uma vez a importância da orientação de estágio que nos foi dedicada, que permitiu um constante sentido prático de como ser Enfermeiro especialista na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica. De facto, a aprendizagem foi extramente rica e consideramos ter atingido largamente os objetivos a que nos propusemos.

A evolução preconizada pela definição de aprendizagem operou inevitavelmente uma mudança enquanto pessoa e profissional durante o decorrer de estágio.

Ao refletir, consideramos que todo o trabalho desenvolvido foi conseguido, consideramos que até por vezes excedemos o que inicialmente esperávamos, com momentos de muita dificuldade, mas que constituíram uma forma de crescimento individual e profissional. Pensamos ter dado um salto francamente qualitativo em diversas áreas pessoais e profissionais. Foi espantoso compreender a proficuidade de todos, o investimento de todo o tempo ganho em estudo, pesquisa, partilha de experiência e tudo o mais.

Neste período de “transformação”, de continuidade formativa, capacitámo-nos no desenvolvimento da visão holística do cuidar culturalmente competente, sabendo que é essencial desenvolver competências na área relacional centrada na família.

Pensamos ser importante continuar a nossa formação académica no sentido de aperfeiçoar competências, indispensáveis para uma prática adequada e eficaz, nunca esquecendo o conceito de enfermagem interativa, centrada nos cuidados holísticos à criança e família.

A elaboração do presente relatório assentou no pensamento de enfermagem construído e elaborado a partir do saber experiencial e pessoal. O desenvolvimento da capacidade reflexiva e crítica proporcionou a reconstrução do saber e a aprendizagem pela transformação do conhecimento.

Evoluindo na construção deste percurso pessoal e profissional, centrado no domínio da profissão e nos conceitos orientadores do cuidar em criança/jovem e família, e analisando o problema de partida, foi construído um caminho para o futuro com implicações na prática e melhoria dos cuidados. Em síntese, através de uma metodologia reflexiva e da decisão e análise das atividades e respetiva complexidade emergiram as competências adquiridas, resultantes da operacionalização dos objetivos propostos no projeto de estágio previamente delineado. Considero que a variedade de experiências proporcionadas nos diferentes contextos de estágio foi facilitadora da aquisição e desenvolvimento dessas competências, o que decerto contribuirá para a melhoria dos cuidados pediátricos do hospital onde exercemos funções.

Consciente da importância que o processo formativo contínuo assume na enfermagem, e a vasta área de intervenção do Enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, consideramos que existe ainda um longo percurso a fazer, no sentido do aperfeiçoamento e aquisição de novas competências, através de uma prática reflexiva e baseada na evidência científica, do contacto com diferentes práticas, saberes e realidades, da atualização e aperfeiçoamento de conhecimentos.

O projeto de atividade desenvolvido no estágio poderá ser implementado em Timor-Leste, apesar de todas as diferenças entre culturas e organização de cuidados de saúde dos dois países.

Os serviços de enfermagem pediátrica em Portugal são muito mais avançados comparativamente a Timor-Leste. Todos os enfermeiros trabalham sob regulamento da Ordem dos Enfermeiros (OE), de acordo com as competências definidas e de uma forma mais autónoma e articulada com a restante equipa multidisciplinar. O sistema de trabalho colaborativo entre grupos de enfermeiros e a simpatia no serviço entre colegas e utentes é uma realidade. A nível de formação dos enfermeiros, a maioria são licenciados e especialistas, o conhecimento de teórico e prático está muito avançado.

Nos cuidados de enfermagem em serviço, o enfermeiro demonstra sempre simpatia para com a criança e família no atendimento e envolve sempre os pais nos cuidados dos filhos. Os enfermeiros dão o máximo de apoio à criança e família nas suas necessidades, ou seja, o apoio na educação de saúde à criança e família e no tratamento de cuidados de enfermagem é uma realidade.

Em Portugal, os atendimentos da saúde pediátrica estão divididos em:

Cuidados de Saúde Primários: É responsável pela consulta de saúde infantil e juvenil, acompanhando desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias dos utentes. No entanto, esta fase é a “idade -chave “, alvo de uma especial atenção, pois estes anos correspondem a significativas etapas do desenvolvimento psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade da criança. Nesta consulta é dada particular ênfase à educação, promovendo a aquisição de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Consciente da importância que os contextos sociais e familiares representam no desenvolvimento da criança, a UCSP implementa também a consulta de enfermagem ao domicílio ao recém-nascido.

Unidade de cuidado na comunidade (UCC) : A UCC tem várias áreas de cuidados, no entanto, só na área de Saúde Infantil integra cinco equipas, a Comissão de Proteção de Criança e Jovem (CPCJ), a Equipa de Intervenção Precoce na Infância (ELI), o Núcleo de Apoio Criança e Jovem em Risco (NACIR) (que inclui o atendimento a pais de crianças com suspeitas de sofrerem maus-tratos e outros problemas), o Programa de Ação para a Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina e a Massagem Infantil, entre os 28 dias até 1º ano da vida. Todas as equipas têm diferentes objetivos de trabalho.

Cuidados de Saúde Diferenciados: Foca-se no tratamento e cuidados de enfermagem das crianças, envolvem essencialmente o diagnóstico precoce e o tratamento de doenças. Os enfermeiros envolvem os pais nos cuidados, ou seja, ensinam-lhes a prevenir e tratar as doenças (Modelo de cuidados Anne Casey).

Mesmo com uma abordagem diferente, é mantido o mesmo objetivo que é a garantia do bem-estar e da qualidade de vida de saúde da criança e família.

Uma das maiores expectativas e objetivos que tínhamos era poder aproveitar tudo o que aprendemos e conseguir transportar os conhecimentos aplicando-os em Timor-Leste, onde os cuidados clínicos e a formação de enfermagem ainda não estão tão evoluídos e existe falta de enfermeiros especialistas.

Em Timor-Leste ainda não existe a OE, os enfermeiros trabalham de acordo com regulamento em vigor do Hospital em que trabalham. Esses regulamentos não são muito específicos na função dos enfermeiros nos cuidados de enfermagem na saúde infantil.

A nível de formação dos enfermeiros em Timor-Leste, a maioria possui o bacharelato e licenciatura, sendo pouco os possuem mestrados e doutoramento.

Nos cuidados de saúde em Timor-Leste, as crianças são atendidas numa consulta geral, ou seja, não há um tratamento específico das crianças. Não há acompanhamento do desenvolvimento de saúde da criança, ou seja, não existe a escala de Mary Sheridan no serviço.

Foi com base nos problemas identificados acima que decidimos escolher o tema do Crescimento e desenvolvimento infantil, com o objetivo de aprender a gestão do trabalho de enfermagem da saúde infantil e a produção dos documentos da avaliação do desenvolvimento infantil (Escala de Mary Sheridan), para que possam ser usados e implementados nos serviços de saúde em Timor-Leste.

No fim desta etapa, podemos concluir que foi desenvolvido um percurso formativo com oportunidade de aprendizagem e ganhos significativos em crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Existe o desejo de aplicar o aprendido em Timor-Leste.

Reconhecemos a dificuldade de transcrever para o papel de forma clara e concisa dada a sua riqueza, estamos, porém, confiantes que este documento tenha realçado o seu principal sentido.

Porque este percurso originou-se de um desejo de evolução e construção de novos projetos, gostaria de realçar a relevância que o trabalho emocional tem conquistado nas minhas práticas e a importância da investigação dos seus contributos nos cuidados de enfermagem, algo em que gostaria de investir colocando em prática as competências adquiridas.

Assim, e tendo em conta a pertinência para o aumento progressivo da qualidade dos cuidados, contamos investir na área das emoções em enfermagem e na sua divulgação, tanto a nível nacional como internacional, conferindo-lhe uma maior definição e relevo nos contextos de cuidados.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DGS. (2005). Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Lisboa: DGS.
- DGS. (2013) Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Lisboa: DGS.
- DGS. (2015). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Lisboa: DGS.
- DGS. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Lisboa: DGS.
- DGS. (2018). Processo assistencial integrado da asma na criança/adulto. Nº 012/2018. Acedido a 12/6/2018. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Lisboa: DGS.
- Ferrito, C. Nunes. L & Ruivo, A. (2010). Metodologia de projeto. Coletânea descritiva de etapas. Revista Percursos, nº15. Disponível em:
http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Filho, C. H. & Borges, F. (2008). Organização de intervenção preventiva. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. F. Côté, J. & Filón, F. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-8075-18-5.
- Hoeman, J. M., & Reis, I. (2011). Modelo de Enfermagem. Loures: Lusociência
- Leal T, M. (2006). A CIPE e a Visibilidade da Enfermagem; Mitos e realidades. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8930-20-8.
- Leininger, M. (1999). Enfermagem Transcultural; Imperativo da enfermagem Mundial. Lisboa: Instituto Piaget
- Hockenberry, Marilyn, & Wilson, D. (2014). Hockenberry & Wilson Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª EDIÇÃO Volume I. New York, USA: Lusociência.
- Hockenberry, Marilyn, & Wilson, D. (2014). Hockenberry & Wilson Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª EDIÇÃO Volume II. New York, USA: Lusociência.
- Lopes, P. & Larry, B. (2009). Cuidados de Saúde Transculturais- uma abordagem culturalmente competente. 3ª edição. Loures: Lusociência.

Marphail, P. (2010). Cuidados enfermagem Hospitalares: Processo atendimento urgência pediatria. (2010, pp, 3). Loures: Lusociência

OE. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (Volume III). Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

OE. (2019). Regulamento das Competência Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2ª serie.–Nº 26-6 de fevereiro de 2019. Lisboa. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10779/0474204744.pdf>

OE. (2018). Regulamento das Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Infantil e pediátrica. Diário da República 2ª serie.–Nº 133-12 de julho de 2018. Lisboa. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Sagar, L. P. (2012). Transcultural Nursing Theory and Models. New York. Springer Publishing Company. Disponível em: http://lghttp.48653.nexcesscdn.net/80223CF/springer-static/media/samplechapters/9780826107480/9780826107480_chapter.pdf

Watson, J. & Enes, J. (2002). Enfermagem ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Edição técnica. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-33-9.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Tabela de avaliação do desenvolvimento infantil - criança 0-12 meses

IDADE	POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MOTRICIDADE FINA	AUDICÃO E LINGUAGEM	COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
4 a 6 Semanas	<p>Puxado para a posição sentada, pende a cabeça para trás até à posição vertical, mantendo uma postura direita durante alguns segundos;</p> <p>Sentado: dorso em arco e mãos fechadas;</p> <p>Seguro em pé, membros semi-fletidos e cabeça direita.</p>	<p>Segue uma bola pendente a cerca de 20 cm de distância;</p> <p>Segue fixamente a face do observador;</p> <p>Olha para a face da mãe quando esta fala com ele ou o alimenta;</p> <p>Pode incluir sorriso, imitação ou balbucio.</p>	<p>Para ou volta-se em resposta aos sons, vira os olhos ao som de uma roca a 20 cm de cada lado da cabeça;</p> <p>Emite pequenos ruídos guturais.</p>	<p>Em situação de interação mantém-se vigilante;</p> <p>Chora quando desconfortável, para de chorar quando consolado;</p> <p>Grande interação com a mãe, “sorrisos de vocalizações de bem-estar”.</p>
3 Meses	<p>Puxado para a posição sentada, a cabeça acompanha o movimento a partir do meio do percurso;</p> <p>Decúbito ventral;</p> <p>Levanta a cabeça, apoiado nos antebraços.</p>	<p>Sentado decúbito dorsal, segue os objetos com os olhos;</p> <p>Mãos abertas, junta-as na linha média, observa-as e brinca com elas;</p> <p>Segura por alguns instantes a roca que</p>	<p>Manifesta interesse por sons familiares;</p> <p>Emite diversos sons, vocaliza muito.</p>	<p>Sorri quando se fala com ele, olhando a pessoa na face.</p>

		lhe é colocada nas mãos; Convergência.		
6 Meses	Controla a cabeça na posição sentada; Decúbito ventral, apoia-se nas mãos com o cotovelo em extensão; Ausência do reflexo de morro; Mantém-se sentado sem apoio; Em pé, sustentando o corpo por períodos.	Tem preensão palmar; Leva objetos à boca; Boa Convergência	Procura fonte sonora a 30-40 cm; Vocaliza muito.	Dá gargalhadas; Muito ativo, atento e curioso pelo meio ambiente.
9 Meses	Mantém-se sentado; Passa da posição sentado para a posição de gatas; Sentado, tem equilíbrio quando se inclina para os lados e para a frente.	Tenta pegar nuns objetos com o polegar e o espaçamento (pinça); Transfere objetos de uma mão para a outra; Atira objetos deliberadamente para o chão e a seguir procura-os.	Procura fonte sonora (sons perto e longe); Vocaliza deliberadamente ; Repete várias sílabas ou sons.	Distingue os familiares dos estranhos (anamnese); Leva tudo à boca; Mastiga (anamnese).
12 Meses	Passa à posição sentada de decúbito dorsal; Põe-se em pé e anda com apoio;	Pega num objeto pequeno em pinça; Explora com energia os objetos e atira-os	Procura fonte sonora; Reconhece o seu nome e volta-se	Bebe pelo copo com ajuda (anamnese); Colabora no vestir, levantando os braços.

	Gatinha.	sistematicamente ao chão; Procura o objeto escondido; Interesse visual para perto e para longe.	quando o chamam; Compreende ordens simples como “Dá cá”. e “adeus “.	Imita certos gestos ou mímicas.
--	----------	---	---	---------------------------------

Adaptado de: Referência Hockenberry Marilyn J., Wilson David, MS, RNC, (2011), Hockenberry & Wilson Enfermagem da Criança e do Adolescente, New York, USA, Lusociência

APÊNDICE II

Planeamento da sessão de educação para a saúde sobre higiene oral

1. Tema/ população e escola.

- **Tema:** Importância da lavagem dos dentes nas crianças em idade escolar
- **Fundamentação do tema:** A Importância da lavagem dos dentes na prevenção de doenças orais
- **População-alvo:** Crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos de 3 turmas do Ensino Escolar.
- **Local:** Biblioteca da Escola Básica com Jardim de Infância do Pinhal Novo do Agrupamento de Escolas de Palmela.
- **Grupo de dinamizadores:** Fabiola Soares, Enfermeira, Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil, e Enfermeira Mestre e Especialista em Saúde Comunitária da Equipa de Saúde Escolar da UCC e dentista do centro saúde.
- **Data e hora do evento:** Dia 8 de junho de 2018.
 - 1ª turma – 9h às 9h50m
 - 2ª turma – 9h55 às 10h50
 - 3ª turma – 11h30m às 12h30m

(previsto/negociado para realizar a SEpS (entre 20 a 25 minutos))

2. Objetivos da sessão

Objetivo Geral: Promover a importância da higiene e lavagem dos dentes correta nas crianças em idade escolar.

Objetivos Específicos:

- Aumentar os conhecimentos das crianças sobre a correta higiene oral dos dentes.
- Ensinar sobre higiene e lavagem dos dentes.
- Instruir sobre a lavagem dos dentes.
- Treinar a lavagem dos dentes.
- Competências a desenvolver por parte do/s estudante/s:
 - Desenvolver competências de pesquisa sobre o assunto/tema identificado como necessário.
 - Desenvolver competências de planeamento e execução de uma Sessão de Educação para a Saúde.

- Desenvolver competências de comunicação e relação com os participantes.

3. Recursos materiais e humanos necessários:

Recursos materiais:

- Meios audiovisuais (computador, projetor de vídeo, coluna de som).
- Maquete de dentes.
- Escova de dentes.
- Pasta de dentes.
- Fio dentário.
- Imagem para pintar.
- Copo com água e imagem.

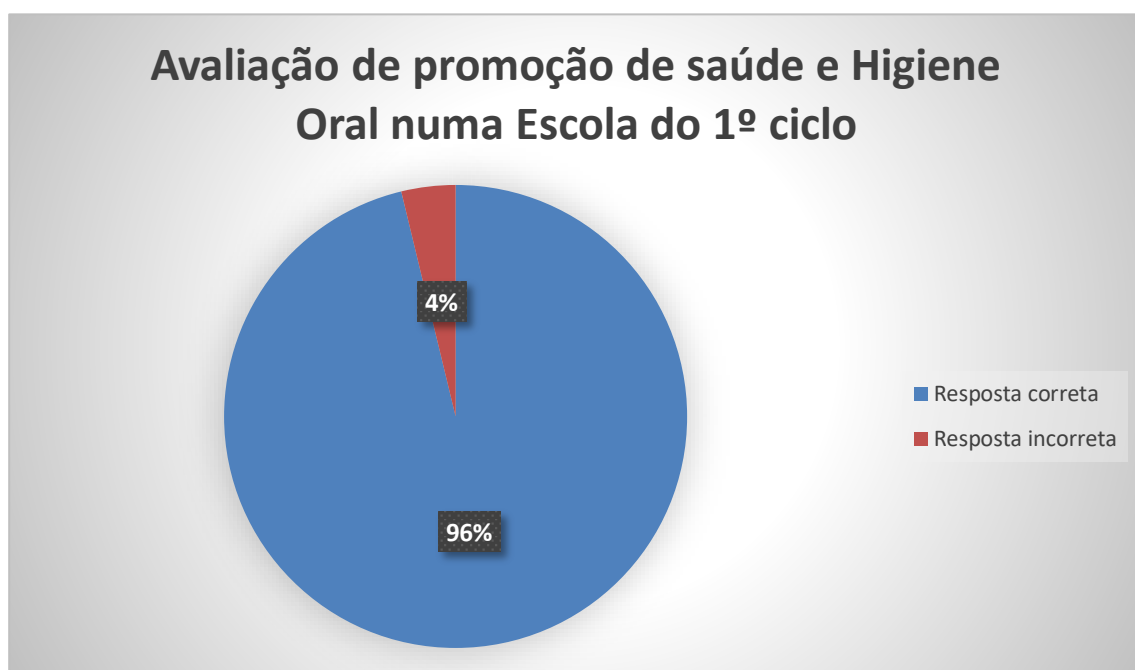
Recursos humanos: A sessão de educação para a saúde é planeada para ser realizada pelos estudantes de enfermagem, tendo a presença do docente e/ou enfermeira orientadora para supervisionar e avaliar a mesma.

- Alunos das 3 turmas.
- Educadoras de infância de cada sala.
- Mestrando e Enfermeira da equipa de saúde escolar.

Etapas da atividade

Etapas da SES	Objetivos	Estratégias de atividades	Método	Meios auxiliares de ensino	Duração
Introdução apresentação.	Apresentação Dos dinamizadores e crianças; Apresentação do tema.	Mostrar estratégias de escovar os dentes corretamente .	Expositivo; Participativo.	Escova de dentes.	5 min.
Exposição Teórica.	Reforçar a importância da higiene oral como meio de prevenção de doenças orais; Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos alunos/as.	Vídeo animado sobre higiene oral; música e experiência sobre doenças orais.	Demonstrativo e Expositivo; Participativo.	Meios audiovisuais (computador, projetor de vídeo, coluna de som).	25min.
Desenvolvimento da atividade.	Instruir e treinar a lavagem dos dentes.	Mostrar pintura com um dente.	Demonstrativo e Expositivo; Participativo.	<ul style="list-style-type: none"> • Escova de dentes. • Pasta de dentes. • Imagem de dentes. 	10min.

				<ul style="list-style-type: none"> • Um copo com água. • Fio dental. 	
Avaliação.	Jogo questionário teste.	Perguntas sobre o vídeo animado.	Participativo e Interrogativo	Figuras Contente verde (sim/ resposta correta) Triste vermelho (não/ resposta incorreta)	10min.



Durante as sessões estiveram presentes 53 alunos das 3 turmas da escola, num total de 63 crianças matriculadas (faltaram 10). Às questões colocadas, 96% das crianças respondeu corretamente. Relativamente à parte prática da lavagem dos dentes, verificou-se que as crianças demonstraram corretamente como se efetua.

APÊNDICE III

Planeamento da sessão de educação para a saúde sobre prevenção da enurese noturna em criança com idade escolar

Tema/população

- ❖ **Tema:** Prevenção e tratamento da enurese noturna em crianças em idade escolar.
- ❖ **Fundamentação do tema:** A Importância da intervenção e tratamento da enurese noturna.
- ❖ **População-alvo:** Crianças e família
- ❖ **Local:** Unidade cuidados comunidade (UCC)
- ❖ **Grupo de dinamizadores:** Fabiola Soares, Enfermeira, Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil, e Sílvia Contreiras, especialista de saúde infantil e pediatria.

Objetivos da sessão:

Objetivo Geral:

- Promover a importância da prevenção e tratamento da enurese noturna em criança e família.

Objetivos Específicos;

- Aumentar os conhecimentos das crianças e família sobre a prevenção da enurese noturna.
- Ensinar sobre prevenção e tratamento.
- Instruir sobre o tratamento da enurese noturna.
- Competências a desenvolver por parte do/s estudante/s:
 - Desenvolver competências de pesquisa sobre o assunto/tema identificado como necessário.
 - Desenvolver competências de planeamento e execução de uma Sessão de Educação para a Saúde.
 - Desenvolver competências de comunicação e relação com crianças e família.

Recursos materiais e humanos necessários:

Recursos materiais: Folheto de promoção de saúde sobre enurese noturna

Recursos humanos: A sessão de educação para a saúde é planeada para ser realizada pelos estudantes de enfermagem.

Folheto sobre enurese noturna em idade escolar

A Enurese e o Sono.

A criança que "faz xixi" na cama, apresenta, em geral, baixa qualidade e quantidade de sono, o que traz repercussões diurnas como sonolência excessiva, alteração do humor, déficit de atenção, entre outros.

Isso ocorre porque a criança torna-se ansiosa em relação à hipótese de urinar ao dormir, desenvolvendo resistência ao ato de ir para cama.



A compreensão por parte dos pais, é o maior conforto que a criança pode sentir!

Alguns cuidados para prevenir a Enurese!



É fundamental lembrar que a enurese é involuntária, pelo que a criança não deve ser castigada ou culpabilizada. Um ambiente de ansiedade ou rigor excessivos em relação a este problema podem tornar-se nocivos e adiar a resolução.

Para mais informações, consulte o seu Médico ou Enfermeiro de família.

Bibliografia:

Bibliografia: Wong Enfermagem da criança e do Adolescente (9ª Edição, Volume I), Lusociência

Enurese Infantil

O meu filho faz xixi na cama, e agora?



Garanta ao seu filho um sono tranquilo e lençóis sequinhos!

Elaborado por:

Fabiola Soares
Instituto Politécnico de Setúbal

O que é a Enurese?

A enurese consiste na micção involuntária a partir de uma idade na qual já se deveria ter adquirido o controlo da bexiga.

Na ausência de situações adversas, o controlo dos esfínteres, quer diurno quer noturno, ocorre, na maioria das crianças, até aos 5 anos de idade.

A enurese pode ser noturna (quando ocorre apenas durante o sono) ou diurna (quando ocorre com a criança acordada). A noturna é a mais comum.



Na maioria das crianças, a enurese trata-se seguindo as próximas recomendações:

Conselhos para ajudar a criança com enurese:

Os pais devem ajudar a criança a resolver esta situação incentivando-a através da oferta de um "prémio", à medida que vai conseguindo o controlo.

É fundamental lembrar que a enurese é involuntária, pelo que a criança não deve ser castigada ou culpabilizada.

Um ambiente de ansiedade ou rigor excessivos em relação a este problema podem tornar-se nocivos e adiar a resolução.



Medidas práticas que ajudam na resolução do problema:

- O quarto da criança deverá ficar o mais próximo possível da casa de banho, de modo a facilitar o acesso;
- Deixar uma luz de presença acesa no corredor para facilitar a ida à casa de banho;
- Não encorajar o uso de fraldas;
- Proteger o colchão com um resguardo;
- Estimular a criança a ingerir líquidos durante o dia para que possa reconhecer a sensação de bexiga cheia;
- Reduzir a ingestão de líquidos à noite;
- Premiar a criança nas noites secas, que são aquelas em que é capaz de não fazer xixi na cama, recebendo abraços, beijos ou um pequeno presente.



APÊNDICE IV

Resumo de artigo científico “Enurese Noturna em Idade Escolar

RESUMO

A Enurese Noturna (EN) afeta globalmente as crianças até aos 6 anos, podendo perturbar a sua autoestima e socialização. Contudo, o sintoma é frequentemente considerado, pelos pais, como parte do crescimento e desenvolvimento. A enurese noturna tem uma componente hereditária evidente e é considerada mais frequente no sexo masculino. É uma entidade com complexa fisiopatologia e de etiologia heterogênea, estão disponíveis diferentes estratégias terapêuticas com resultados satisfatórios.

Objetivo: Realizar a educação para a saúde da criança/jovem e família sobre a intervenção e tratamento da enurese noturna. Os cuidados de enfermagem a ter devem identificar o problema da criança e família, fundamentalmente, procurar a solução para o prevenir, na educação para a saúde a enfermeira deve intervir de forma a trabalhar na mudança comportamental da criança, no tratamento do alarme noturno, no “treino vesical” e no tratamento farmacológico. Outro objetivo é mudar a atitude da criança e família, manter a criança seca durante toda a noite e prevenir o risco de atraso no desenvolvimento da criança.

Metodologia: Foi efetuada uma pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados internacionais, “Nursing Reference Center”, utilizando os termos *nocturnal enuresis* and *nocturnal enuresis treatment*. Foram também utilizados os livros Enfermagem da criança e do adolescente. Foram selecionados estudos relativos à temática, livros de referência e orientação clínica, em língua inglesa e portuguesa, publicados entre 2007 e 2018.

Resultados: Depois de analisados os títulos e resumos dos 62 artigos que resultaram da pesquisa, foram selecionados dez artigos, três revisões sistemáticas, quatro estudos originais e três orientações clínicas, uma vez que os restantes não abordavam profundamente a enurese noturna na criança e/ou estavam duplicados.

Discussão: A enurese é o problema urológico pediátrico mais comum nos cuidados de Saúde primários. O diagnóstico e tratamento precoces desta situação são primordiais para evitar uma disfunção social e psicológica da criança e da família. Na intervenção de enfermagem continua a existir controvérsia sobre a utilização de terapêuticas não farmacológicas em idade pediátrica.

Palavras-chave: Enurese noturna, criança, escolar, cuidados de enfermagem.

APÊNDICE V

Planeamento da sessão de educação para a saúde sobre prevenção infeção respiratória e tratamento.

Tema: Prevenção e tratamento da infeção respiratória.

- **Fundamentação do tema:** A Importância e tratamento da intervenção na infeção respiratória.
- **População-alvo:** Crianças e família
- **Local:** Unidade de internamento em pediatria e em Urgência pediátrica
- **Grupo de dinamizadores:** Fabiola Soares, Enfermeira, Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil, e Ângela Borbinha, especialista em saúde infantil e pediatria.

Objetivos da sessão:

Objetivo Geral:

- Promover a importância da prevenção da infeção respiratória e tratamento da infeção respiratória em criança e família.

Objetivos Específicos:

- Aumentar os conhecimentos das crianças e família sobre prevenção e tratamento da infeção.
- Ensinar sobre prevenção e tratamento.
- Instruir sobre o tratamento da infeção respiratória.
- Competências a desenvolver por parte do/s estudante/s:
 - Desenvolver competências de pesquisa sobre o assunto/tema identificado como necessário.
 - Desenvolver competências de planeamento e execução de uma Sessão de Educação para a Saúde.
 - Desenvolver competências de comunicação e relação com criança e família.



Recursos materiais e humanos necessários:

Recursos materiais: Folheto de promoção de saúde sobre infeção respiratória.

Recursos humanos: A sessão de educação para a saúde é planeada para ser realizada pelos estudantes de enfermagem.

Folheto sobre promoção saúde - infeção respiratória

<p>Sintomas de infeção respiratória</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em respirar • Febre • Tosse, sobretudo na hora de dormir. • Reforço de respirar • Respirar rapidamente • Cianose • Alargamento das narinas • Aumento da irritabilidade, rubugice e cansaço. • Náusea ou vômitos  <p>Procure rapidamente pessoal de saúde</p>	<p>Dificuldade de respirar pelo nariz o que pode fazer?</p> <p>O nariz é porta de entrada do ar que respiramos e é responsável pela defesa das vias respiratórias. Por isso é importante tomar alguns cuidados e proteger bem a saúde nasal, ou seja, se esta não funcionar bem a pessoa pode sofrer infeção por vírus ou bactéria, o que pode causar problemas como sinusite, otite, amigdalite, bronquite e até pneumonia. Por isso, recomenda-se a lavagem nasal com soro fisiológico.</p> <p>A vantagem de lavagem nasal é essencial para resolver a dificuldade de respirar e prevenir inúmeras doenças infecciosas e controlar doenças inflamatórias.</p> <p>Para mais informações, consulte o seu Médico ou pediatra</p> <p>Bibliografia:</p> <p>Bibliografia: Wong Enfermagem da criança e do Adolescente (9ª Edição, Volume I), Lusociência</p>	<p>A criança com infeção respiratória</p> <p>O que é a infeção respiratória?</p> <p>Uma infeção respiratória é uma doença do aparelho respiratório causada por microorganismos, como vírus, maioritariamente e bactérias.</p>  <p>O meu filho está com dificuldade em respirar e agora?</p> <p>Elaborado por: Estudante Fabiola Soares Instituto Politécnico de Setúbal</p>
---	--	---

<p>O que provoca a infeção respiratória?</p> <p>As doenças respiratórias são provocadas principalmente por vírus e bactérias que são transmitidos de uma pessoa para a outra, não só através de gotículas de secreção no ar mas, também, pelo contato das mãos com objetos que podem conter microorganismos causadores de infeções.</p>  <p>Para prevenir a contaminação de bactérias lave bem as mãos</p>	<p>Conselhos para ajudar prevenir infeção respiratória</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavagem de mãos sobretudo após tossir e usar o banheiro, antes das refeições e antes de tocar na boca, olhos e nariz • Evitar tocar os olhos, nariz ou boca • Evitar expor a criança em ambiente com fumo de cigarro • Manter as roupas da cama da criança sempre limpas • Secar a roupa da criança ao sol • Lavar com água e sabão, use álcool • Manter o ar equilibrado • Ficar de repouso em casa, evitando sair com a criança ou levá-la para a creche • Alertar para a importância da higiene da casa para o bem-estar respiratório. 	<p>Medidas práticas que ajudam na resolução do problema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posicionar a criança sentada (semi-fowler), confortável, para ajudar a melhorar a respiração • Aerosol com Salbutamol • Lavagem nasal com soro fisiológico • Inalatório salbutamol • Oferecer à criança muita água para beber de forma a diminuir a velocidade das secreções das vias respiratórias • Oferecer à criança uma alimentação nutritiva ou equilibrada, para ajudar e dar força e recuperar a saúde da criança. 
---	---	---